Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

55350

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME VINGT-DEUXIÈME.

JUIN 1834.

Bruxelles,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

MAI 1834.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Note sur une maladie cutanée généralement indiquée sous le nom de varus mentagra, Par M. le baron Alibert, professeur à la Faculté de Médecine.

Plusieurs correspondans de ce journal m'écrivent pour me demander la continuation de l'histoire des maladies vareuses. J'ai déjà décrit le *varus sebaceus*, et en dernier lieu j'ai tracé le tableau du *varus gutta-rosea*, mal si redoutable par l'altération de la beauté chez les femmes; je vais m'occuper aujourd'hui du *varus mentagra*, véritable supplice des hommes, et qui paraît se multiplier dans nos grandes villes depuis que la mode a ramené parmi nous la barbe du moyen-âge.

La mentagre est une maladie fort anciennement connue. Pline fait mention d'une singulière éruption qui se montra pour la première fois à Rome; maladie horrible, qu'on appelait *mentagra*, parce qu'elle paraissait au menton : *quonium à mento ferè oriebatur*. Certes on ne voit pas trop pourquoi certains auteurs ont voulu changer cette dénomination, usitée depuis plusieurs siècles, et qui est d'une convenance si manifeste.

Cette dermatose se manifeste par des pustules presque toujours tuberculeuses, qui s'établissent successivement et par degrés à la surface du menton : *mentagra est rubor cum tuberculis quibus mentum defedatur*. Elles ne tardent pas à se multiplier quand on les irrite; elle sont parfois éparses, et dans d'autres cas très-rapprochées. On ne les remarque jamais chez les enfans. Ce n'est que lorsque la barbe se manifeste et dans l'âge mûr qu'elles se déclarent; on a même observé que les Indiens, qui sont imberbes, ne sont point sujets à la mentagre. La même remarque a été faite chez les eunuques.

Le *varus mentagra* débute communément par une ou deux petites pustules, qui sont comme les élémens générateurs de toutes les autres; car, à mesure qu'on cherche à apaiser les démangeaisons qu'elles suscitent, il en survient d'autres qui suppurent, se dessèchent et s'écaillent à leur tour. Il suffit qu'on se soit échauffé par un travail assidu ou par une forte contention d'esprit, qu'on ait bu des liqueurs alcooliques, qu'on vive journellement dans la malpropreté, pour que les pustules se multiplient.

Les malades éprouvent d'abord une sensation de prurit assez semblable à celle que détermine la présence d'une mouche, lorsqu'elle vient se poser une des parties du visage. La surface du menton rougit, s'échauffe et s'enflamme. Il se développe ensuite des pustules qui mûrissent plus ou moins lentement; c'est alors que les démangeaisons sont plus ou moins vives.

Le *varus mentagra* donne lieu à des fourmillemens qui ont lieu surtout le soir. C'est un picotement léger, mais subit, comme si on était importuné par des insectes qui ne tardent pas à revenir quand on les chasse; cependant la dessiccation arrive et le malade trouve une sorte de soulagement à se délivrer des croûtes légères dont les anciennes pustules se trouvent couvertes. Mais il s'en forme de nouvelles qui succèdent à celles qui vont disparaître; c'est communément l'action du rasoir qui perpétue le *varus mentagra* sur le tégument irrité.

Dans son envahissement et dans ses progrès, la maladie ne se borne point au menton. Elle gagne la région sous-mentale et sous-maxillaire; elle tourmente les deux commissures et le pourtour des lèvres; il s'établit des embarras extraordinaires dans le tissu cellulaire et dans les ganglions lymphatiques; souvent même toute la surface attaquée présente des exfoliations épidermiques. Quand la mentagre occupe un grand espace, c'est une affection grave, très-difficile à supporter. Comme les poils de la barbe se trouvent parfois enchassés dans les pustules suppurantes, les malades renoncent au rasoir et préfèrent user des ciseaux plats.

Le *varus mentagra* nous présente quelquefois des tubercules suppurans qui sont durs, larges à leur base, d'un volume considérable. Ces tubercules sont durs en certains cas, si nombreux qu'ils sont cohérens et que toute la peau en est pour ainsi dire mamelonnée. Les bulbes des poils sont tellement enflammés en cette circonstance que la peau devient d'un rouge très-foncé. Il peut survenir par l'effet de cette vive irritation des engorgemens celluleux et des ganglions. Rien n'est, en général, plus opiniâtre et plus tenace que cette éruption. Il est des individus qui en gardent les vestiges toute leur vie.

C'est sans doute le cas de rapprocher ici de cette affection

celle que l'on désignait autrefois sous le nom de *mentagre romaine ;* Pline raconte avec une sorte d'horreur qu'un nouveau mal, inconnu de tous les temps passés, défigurait le visage des hommes, et d'une manière si hideuse, que quoiqu'il n'y eût aucun danger pour la vie, il n'est personne qui n'eût préféré la mort à ce fléau désastreux. Le même auteur ajoute que cette contagion fut importée de l'Asie; qu'elle se propageait par les baisers et les moindres caresses ; qu'elle n'attaquait que les hommes d'une condition élevée : qu'elle respectait les femmes et le bas peuple.

Ce mal était le même que celui désigné par les Grecs sous le nom de *lichen* Il commençait au menton, parcourait la face, et s'étendait jusqu'aux yeux. C'était un bien douloureux spectacle de voir tant de visages dégradés par un amas de pustules, de croûtes et de dégoûtantes cicatrices. Il paraît que dans la suite cette maladie ne se borna point au territoire de Rome et de ses environs ; qu'elle prit plus d'extension, puisque deux cents personnes en Aquitaine firent venir à grands frais le célèbre médecin Soranus. Un ami de Galien, Crispus, imagina dans le même temps un moyen qui fut regardé comme très-efficace pour la guérison de cette funeste maladie.

Cette affection est très-souvent le triste résultat de la malpropreté. Les moines, les ermites, les musulmans qui négligent les ablutions, sont particulièrement soumis à la mentagre. Il est à craindre, comme je l'ai déjà dit, que la mode qui consiste à laisser croître la barbe, comme de nos jours, ne ramène la mentagre parmi nous. On remarque aussi que l'emploi des mauvais rasoirs ne contribue pas peu à l'entretenir.

Cette maladie est-elle contagieuse ? Je ne le pense point. On a prétendu jadis que la mentagre romaine provenait de l'habitude qu'avaient les chevaliers et les hommes de haute condition de se donner des baisers et des embrassemens ; c'était un témoignage de politesse et de bienveillance pour tous ceux qui avaient occasion de se rencontrer. Un auteur fait à ce sujet une remarque singulière : *Vinum nunquam redoleas, ne foti illud philosophi audias : hoc non est osculum porrigere, sed vinum propinare.* Ce qui prouve néanmoins que cette maladie ne se communiquait pas par cette voie, c'est que les femmes en était constamment exemptes. Nous dirons, il est vrai, qu'on se rend compte de cette exception par la preuve acquise que la mentagre n'a d'autre siége que les bulbes des poils appartenant à la barbe. Toutefois, des observations bien faites sur un grand nombre de malades prouvent de nos jours que les auteurs n'ont parlé de la contagion de la mentagre que pour ajouter du merveilleux à leurs descriptions.

Le *varus mentagra* est souvent l'écueil des thérapeutistes. Quand cette maladie parut pour la première fois dans Rome, il ne se trouva personne pour la guérir ; on fut obligé d'appeler de l'Égypte des médecins plus ou moins habiles, auxquels des personnes élevées en dignité donnèrent des sommes énormes pour se faire traiter. Parmi ces médecins, il faut surtout distinguer Pamphilus, qui obtint la plus grande vogue à l'occasion d'un épispastique qu'il appliquait avec un succès extraordinaire. L'histoire rapporte qu'il arriva bientôt à une fortune considérable. Mais il résultait de l'emploi de son remède des cicatrices qu'il était impossible d'effacer.

Les épispastiques sont encore employés de nos jours, et, pour ce qui nous concerne, nous accordons une préférence bien méritée aux applications extérieures de nitrate d'argent (*nitras argenti fusus*). J'ai même voulu que mon élève, M. Guillemineau, soutînt une thèse sur les bons effets de ce puissant caustique, qui en pareil cas ne saurait être remplacé par aucun autre. Rien d'ailleurs n'est plus facile à diriger que son emploi. Le procédé consiste à mouiller préalablement la substance dite *pierre infernale* dans l'eau commune, et à toucher ensuite légèrement chaque pustule dans sa plus grande vigueur. Qu'arrive-t-il? Une douleur vive ne tarde pas à se faire sentir. Cette douleur augmente d'abord à mesure que le nitrate d'argent se décompose et se combine avec la partie malade; mais bientôt après elle se calme; quelques jours se passent, la couche noire se détache, sans laisser après elle ni ulcération, ni cicatrisation. Le malade se sent toujours mieux. C'est un fait incontestable que le *varus mentagre* perd de sa férocité par cette méthode stimulante et perturbatrice, et je me félicite de l'avoir, le premier, mise en grand usage à l'hôpital Saint-Louis. Je pourrais à ce sujet citer un grand nombre de cures que j'ai obtenues sur des juifs, d'autant plus faciles à guérir qu'ils se coupent la barbe avec des ciseaux plats et font rarement usage du rasoir.

On combat la mentagre par d'autres moyens. Je voudrais pouvoir consigner ici tout ce que m'a appris mon expérience, en faveur de tant d'individus qui en sont malheureusement tourmentés. Je suppose qu'un homme se présente avec tous les symptômes caractéristiques de cette maladie : si le menton est hérissé de pustules rougeâtres et enflammées, il faut, à mon avis, prescrire l'application locale de huit ou dix sangsues sur le siége même de l'irritation, pour diminuer autant que possible l'intensité de cette phlegmasie morbide. Il convient d'ordonner en même temps des cataplasmes que l'on compose avec de la farine de riz ou de la semoule bouillie dans le lait, et que l'on conserve durant quelques heures, soit pendant la nuit. On a d'ailleurs souvent besoin de ce moyen pour faire tomber des croûtes qui souillent la partie malade, et pour ramollir les incrustations partielles qui engorgent le tissu de la peau.

Après ces calmans préliminaires, il faut assujettir le malade à des bains réitérés du menton dans un vase de toilette approprié à cet usage. Ces bains partiels doivent être chauds, et constamment élevés à la température de 28 degrés du thermomètre de Réaumur. Il faut animer légèrement l'eau qui doit servir à cette ablution en y ajoutant quelques gouttes d'eau-de-vie de lavande ou de vinaigre de saturne. On peut recourir parfois, pour se laver et se lotionner à l'eau d'amidon, au serum du lait, à l'eau de concombre ou à d'autres liquides adoucissans.

Quelques personnes usent chaque soir d'une pommade de suif soufrée qui exerce son action médicamenteuse pendant le sommeil de la nuit. Le matin on nettoie le menton avec de l'axonge, avec de la crême de blanc de baleine, avec de la pommade de concombre, ou avec du beurre de *theobroma*. On recommence les bains locaux comme de coutume.

La barbe doit être soigneusement faite avec des ciseaux plats, l'expérience journalière ayant démontré que le rasoir offense souvent le derme par une activité trop irritante.

Pendant ce temps, on a aussi recours à des bains entiers d'eau sulfureuse, d'eau alcaline ou d'eau gélatineuse, que l'on administre en douches, à l'arrosoir, et toujours à la température énoncée ci-dessus. Ces bains doivent être très-prolongés.

Mes lecteurs me pardonneront ces explications, quelques minutieuses qu'elles paraissent; la saine thérapeutique ne vit que de détails, surtout quand il s'agit de lutter contre une maladie qui attaque les couches les plus sensibles du derme, et qui est si difficile à déraciner.

Je n'ai pas besoin de dire que les moyens intérieurs doivent être ici les mêmes que ceux que l'on administre contre les autres affections vareuses. Les individus affectés de la *mentagre* se trouvent fréquemment sous la dépendance morbide du foie et des autres viscères abdominaux. Ils doivent user des eaux de Vichy ou de celles de Spa, et suivre en tout les préceptes diététiques de l'école de Salerne. A chaque printemps, ils prendront les sucs de plantes chicoracées; ils auront recours au petit-lait, aux bouillons de veau, de poulet, de grenouilles, aux tisanes de gruau ou d'orge mondé. Ils s'interdiront le vin, le café, le thé, les ragoûts trop épicés, les viandes fumées, le poisson de mer, le beurre et toutes les substances huileuses.

Il sera du reste curieux pour mes élèves de s'enquérir à ce sujet de la thérapeutique des anciens. Archigène, Criton, Soranus, Héraclide, Marcellus, Celse et Galien, avaient une connaissance parfaite de cette éruption si redoutable qu'ils assimilaient à la peste ou à la lèpre, qu'ils croyaient de nature contagieuse, et qui fut pour les hommes de leur époque un sujet d'horreur et d'épouvante. *Mentagra quidem sine pernicie vitæ, sed tentâ fœditate ut quæcumque mors præferenda esset.*

Baron ALIBERT.

NOTE sur l'hydrochlorate d'or et de soude; Par M. PUCHE, inspect. adjoint des eaux minérales.

L'hydrochlorate d'or et de soude, employé si fructueusement par le docteur Chrestien contre les affections syphilitiques invétérées, et plus récemment par le docteur Lallemand, professeur à Montpellier, pour combattre les scrophules et la syphilis chez les scrophuleux, ne serait-il pas encore un médicament précieux contre les accidens provoqués par le mercure ?... L'observation qui suit prouvera-t-elle pour ou contre la nouvelle vertu spécifique que j'attribue au muriate d'or et de soude ?

M. V..., doreur sur métaux, âgé de 45 ans, cheveux et yeux noirs, muscles très-développés et peu chargés de graisse, peau brune, animée, velue, veines superficielles très-prononcées, d'une stature élevée, bien proportionnée, d'un caractère bon et conciliant, ayant des idées très-arrêtées, persévérant dans ses résolutions, et sujet à des emportemens rares mais très-violens (tempérament nervoso-sanguin, avec idiosyncrasie gastrique), éprouve, depuis trois ans qu'il exerce l'état de doreur, les souffrances suivantes :

1° Douleurs profondes, intermittentes, sourdes, dans les membres et dans les os du crâne, douleurs qui apparaissent ou s'aggravent au plus léger coup d'air froid.

2° Céphalalgie frontale sus-orbitaire avec sentiment de serrement à la racine du nez.

3° Contraction habituelle des pupilles, les yeux sont ardens.

4° Tintemens d'oreille, douleur vers la trompe d'Eustache.

5° Tumeurs dures, du volume d'une noisette, se développant instantanément dans l'épaisseur du cuir chevelu: ces tumeurs, plus ou moins nombreuses, ne suppurent jamais, dépassent souvent le volume d'une grosse noix, et, après avoir endolori la tête du malade pendant huit à dix jours, se résolvent sans laisser de traces.

6° Accès fréquens de ptyalisme qui commencent par une sécheresse et une ardeur vive des lèvres, de la bouche et surtout de l'isthme du gosier et des fosses nasales (le malade croit avoir le gosier rempli de tabac); les amygdales se gonflent, se couvrent d'une exsudation grisâtre, la trompe d'Eustache est douloureuse, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires s'engorgent; la salive d'abord supprimée, puis floconneuse et glaireuse, finit par couler comme de l'eau. Cet accès met tantôt cinq jours, tantôt huit jours à parcourir ses diverses périodes, mais laisse au malade une salivation abondante qu'il attribue à l'usage de chiquer du tabac.

Dans les premiers jours de juillet 1831, époque à laquelle je fus appelé à donner mes soins à M.**, qui alors était en proie à un de ses accès de ptyalisme, je constatai qu'aux phénomènes énumérés ci-dessus se joignaient les accidens suivans :

1° Urétrite purulente verdâtre, datant de cinq mois (elle avait été traitée infructueusement par les balsamiques et le calomel).

2° Un engorgement des ganglions inguinaux de la grosseur d'un œuf de poule et d'une dureté calculeuse (il était couvert de piqûres de sangsues et avait encore des traces de l'emplâtre *vigo-cum-mercurio*. Le malade avait fait usage des pilules mercurielles du docteur Dupuytren — sublimé et opium —); ce bubon n'existait que depuis trois semaines.

L'urétrite s'était montrée après une cohabitation avec une femme mariée qui elle-même ne présentait aucune apparence d'infection vénérienne, et dont le mari, ami intime de l'amant, était dans l'état de santé le plus parfait...

La femme de mon malade, qui était enceinte de deux mois, était également bien portante, et par la suite, a donné naissance à un enfant chez lequel je n'ai rencontré aucun symptôme de nature syphilitique. J'ai vu l'enfant cette année (1834): sa santé et celle de la mère ont continué à être parfaites.

Voici le traitement que j'ai fait subir au père :

Durant les trois premiers jours, une saignée de seize à vingt onces fut pratiquée; et quatre-vingts sangsues appliquées en deux fois sur le bubon le réduisirent à moitié, mais n'eurent aucune influence sur l'urétrite et le ptyalisme; seulement la céphalalgie avait cédé.

Des applications émollientes et des frictions d'hydriodate de potasse sur le bubon, et l'administration de l'iode à l'intérieur pendant quinze jours (30 grains) firent résoudre le

bubon et tarir l'écoulement, qui finit quinze jours après par disparaître entièrement; l'engorgement inguinal était réduit au volume d'une petite dragée. Je crus mon malade guéri; mais bientôt, sous l'influence d'un petit excès avec sa femme (parfaitement saine comme nous l'avons dit), mon malade vit reparaître cet engorgement inguinal et l'urétrite fluente comme devant. Alors je prescrivis une friction sur la langue avec un vingtième de grains de muriate d'or une fois par jour, et pour tisane une infusion prolongée de salsepareille (une once de sals. dans une pinte d'eau par jour.)

Ce ne fut qu'après trois mois de ce traitement, suivi avec persévérance, que le malade fut entièrement débarrassé de son urétrite, de son bubon, qui a fini par suppurer, et enfin de ses douleurs de membres, de sa céphalalgie, de ses périostoses du crâne, et même de son ptyalisme.

Depuis cette époque, 1er octobre 1834, les anciens maux auxquels M.** était sujet n'ont plus reparu, et nous sommes maintenant en 1831; et comme je l'ai fait remarquer, la femme et l'enfant de ce monsieur se portent parfaitement bien, ainsi que le ménage ami dont je suis également le médecin.

Je laisse à décider si j'ai eu à soigner une affection vénérienne ou seulement mercurielle. Ce qui est constant, c'est que le ptyalisme, les périostoses et les douleurs des os des membres ont cédé pour ne plus revenir, et pourtant mon malade est toujours doreur. Le muriate d'or serait-il encore un préservatif contre les accidens causés par le mercure.

P. Puche, D.-M.

Ce fut en 1811 que M. Chrestien introduisit l'hydrochlorate d'or et de soude dans la matière médicale, et en fit connaître les effets dans le traitement des maladies vénériennes et lymphatiques. Depuis, des essais nombreux ont confirmé les vertus de ce médicament qu'on doit regarder comme pouvant remplacer avec avantage les préparations mercurielles pour combattre la syphilis, non pas toujours comme l'ont avancé certains enthousiastes, mais dans certains cas et surtout dans ceux où le premier a eu par lui-même des résultats défavorables (1).

L'opinion des expérimentateurs, qui ne se sont pas crus dans la nécessité de détrôner le mercure par cela seul qu'on avait découvert son succédané, est que les préparations d'or peuvent guérir un nombre d'affections syphilitiques égal à celui dont le mercure triomphe. Les cas où ce médicament doit être préféré au mercure n'ont pas encore été assez spécifiés pour qu'un praticien prudent doive débuter par son emploi dans le traitement de la syphilis récente; aussi nous paraît-il convenable de n'y recourir que dans les cas de syphilis constitutionnelle qui n'ont point cédé à l'usage raisonné de différentes préparations mercurielles. Quant aux effets salutaires que semble attribuer à ce sel M. Puche, dans la note qui précède, ils ne tarderont pas sans doute à être appréciés à leur juste valeur, si, comme nous le conseillons, on ne s'en sert désormais que pour suppléer au mercure impuissant ou nuisible. Si cette propriété de l'hydrochlorate d'or et de soude, de remédier à la mercurialisation, venait à être démontrée nous, devrions à M. Puche la connaissance d'un remède d'une grande utilité, et l'on oublierait pre que les vertus antisyphilitiques des préparations d'or pour leurs propriétés antimercurielles, plus précieuses peut-être en ce qu'elles rendraient au mercure l'importance qu'ont failli lui enlever à plusieurs époques les dangers qui accompagnent parfois son emploi.

Nous profiterons de l'occasion que nous offre l'intéressante communication de M. Puche, pour rappeler aux praticiens peu familiers avec les préparations d'or, leur mode d'administration.

L'usage plus modéré, plus méthodique qu'on fait à présent du mercure, donnant lieu à moins d'accidens, par cela seul qu'on ne croit plus nécessaire de le pousser jusqu'à produire la salivation, on ne sent pas aussi souvent le besoin de remplacer cet agent précieux par l'or qui passe pour plus doux dans son action antisyphilitique. Néanmoins les accidens causés par le mercure se présentent encore assez fréquemment pour qu'on soit obligé de recourir à un autre moyen, et le moyen le plus sûr (après les sudorifiques, à notre avis du moins) c'est le muriate ou hydrochlorate d'or et de soude, ou, pour parler plus correctement, le chlorure d'or et de sodium.

Cette substance doit être employée aussi pure que possible; bien préparée, elle se présente sous la forme de beaux cristaux en parallélipipèdes rectangles allongés, ayant peu d'épaisseur, n'attirant point l'humidité de l'air. On l'administre ordinairement, suivant le conseil de M. Chrestien, en frictions sur la langue et les gencives, à la dose d'un douzième à un huitième de grain et plus. On le donne, mais plus rarement, à l'intérieur.

Voici les préparations les plus usitées; ce sont celles de l'hôpital de Montpellier :

A l'intérieur :

Prenez :	Chlorure d'or et de sodium,	demi-grain.
	Extrait de saponaire,	un gros.
	Gomme arabique pulvérisée,	q. s.

Mêlez : faites 30 pilules, 1 à 8 par jour; chaque pilule contient 1/60 de gr. de chlorure.

A *l'extérieur*. — On le donne à 1/15 de grain; mêlé à

---

(1) Voyez sur ce sujet les ouvrages suivans:

De la Méthode iatraleptique, et sur un nouveau remède dans le traitement des maladies vénériennes et lymphatiques. Paris, 1811.

Lettre de M. Magendie sur les préparations d'or et les différentes manières de l'administrer; par J.-A. Chrestien, 1828.

Observations sur l'efficacité du muriate d'or dans la syphilis et d'autres maladies lymphatiques; par Destouches-Chèze. Montpellier, 1819.

Recherches et observations sur les effets des préparations d'or. Niel. Paris, 1821.

De l'or, de son emploi dans le traitement de la syphilis récente et invétérée, etc; du mercure, de son inefficacité, et des dangers de l'administrer dans le traitement de ces mêmes maladies; par A. Legrand, d'Amiens. Paris, 1828.

Emploi à l'intérieur de la dissolution de chlorure d'or et de sodium dans le traitement de la syphilis. Bourquenod. *Gaz. médic.*, t. II, n° 17.

de l'amidon, en frictions à l'intérieur de la bouche, ou bien on prépare la poudre suivante :

Prenez : Chlorure d'or et de sodium, un grain.
Iris de Florence pulvérisé, deux grains.

Mêlez exactement et divisez en 15 parties ; une friction sur les côtés de la langue.

M. Magendie a encore formulé la pommade suivante :

Prenez : Chlorure d'or et de sodium, dix grains.
Axonge purifiée, demi-once.

Mêlez : on emploie cette pommade d'après la méthode endermique.

M. Chrestien, et après lui M. Bourquenod, médecin d'un hôpital de vénériens à Montpellier, ont administré le chlorure d'or et de sodium à l'intérieur, en dissolution. Ce procédé n'est pas moins bon que les précédens, et nous parait même préférable. On dissout un grain de ce sel dans six onces d'eau bien distillée, et chaque jour on met une ou plusieurs cuillerées à bouche de cette dissolution dans un verre de tisane que le malade avale à l'instant même. M. Bouquenod vante particulièrement ce mode d'administration, qui a pour effet de rendre le médicament moins stimulant.

Dans ces derniers temps, MM. Boins et Pierquin ont formulé un sirop de salsepareille contenant, pour huit onces, un grain de chlorure d'or et de sodium, et qu'on peut donner à la dose d'une à trois onces par jour ; mais cette préparation n'est pas assez sûre pour qu'on doive la préférer aux précédentes, surtout aux premières, dans lesquelles le sel ne peut se décomposer et peut être administré plus sûrement à la dose voulue.

Des pois a cautères d'iris et de garou ; Par M. Frigerio, pharmacien à la Maternité.

L'usage des cautères est aujourd'hui très-répandu ; je n'essaierai pas d'en démontrer les propriétés thérapeutiques ; la fréquence de leur emploi est une preuve incontestable de leur utilité.

Cependant, quels que soient les bons effets qu'en ait retirés la médecine, ce mode de médication laissait encore beaucoup à désirer sous le rapport du pansement ; il n'est aucun malade en effet auquel on ait appliqué un cautère, ni aucun médecin qui en ait conseillé l'usage, qui ne sache que ces exutoires occasionnent souvent des douleurs très-vives, qui forcent même beaucoup de personnes à les supprimer avant d'en avoir obtenu les résultats attendus.

Consulté plusieurs fois sur les moyens de faire cesser ces douleurs, je crus avant de rien conseiller devoir en rechercher les causes ; après quelques remarques faites sur plusieurs personnes de l'hospice de la Maternité et notamment sur un membre de ma famille, je ne tardai pas à reconnaître que si la constitution des malades, les variations de l'atmosphère, les changemens de température, de saison, etc., causaient quelquefois ces souffrances, elles dépendaient le plus souvent des pois d'iris employés aux pansemens. Voici en effet l'action qu'ils exercent sur les cautères.

Lorsque ces pois sont fabriqués avec la racine d'iris mure, c'est-à-dire ayant acquis un degré complet de végétation, et dont le tissu est compact, serré, ligneux, ils se dilatent un peu, mais assez uniformément, font moins souffrir et sont un peu plus actifs. Ces pois se reconnaîtraient assez facilement à leur couleur plus ou moins blanchâtre, tirant sur le gris, et souvent tachetée, si le fabricant qui cherche surtout à flatter la vue, ne les roulait, pour les blanchir, dans une poudre d'amidon et d'iris, et n'en faisait, par leur mélange avec des pois à cavité qu'ils bouchent avec une pâte faite des mêmes poudres, des chapelets d'une qualité inférieure qui se vendent au rabais pour les hôpitaux et les personnes qui veulent du bon marché.

De l'emploi de ces pois ainsi mélangés, dérive cette inégalité d'effets et de souffrances que les malades éprouvent par ce mode de pansement. Si le pois dont ils se servent se gonfle, ils souffrent beaucoup, et la supuration est presque nulle. Si au contraire ils rencontrent un pois plus serré, moins dilatable, plus amer au goût (caractère de la racine mûre d'où résulte sans doute aussi la légère propriété épispastique qu'on attribue à l'iris), leurs souffrances alors sont moins vives, et la suppuration plus abondante.

Ces pois ainsi mélangés et défectueux sont répandus en plus grand nombre que ceux d'un beau blanc, naturels et uniformes, qui se vendent plus chers plutôt à cause de leur blancheur et leur régularité que pour leurs propriétés ; car ils ne sont blancs uniformément que parce que le fabricant a eu soin de choisir la racine la plus blanche qui est toujours la plus jeune : cette racine est moins compacte, moins serrée, moins amère et plus facile à tourner ; elle est composée d'un tissu fibro-mucilagineux presque inerte, mais qui se gonfle considérablement dans le cautère, et d'une manière si inégale que les souffrances sont quelquefois insupportables pour les personnes très-délicates. La dilatation des pois d'iris en général, mais surtout de ces derniers, se fait toujours en s'allongeant dans le même sens que la racine s'est étendue en longueur dans sa végétation, c'est aussi le sens que le tourneur prend pour la percer.

Il résulte de cet allongement parallèle à l'ouverture, que les chairs molles, spongieuses, se trouvant pressées aux deux extrémités du pois, entrent dans cette ouverture des deux côtés et qu'il se développe des demangeaisons, à mesure que le trou se rétrécit par le gonflement, se changent en irritation et en picotemens pongitifs fort incommodes et souvent très-douloureux ; que le malade se voit obligé, pour apaiser ces douleurs, de renouveler le pansement plusieurs fois dans la journée ; il arrive aussi que lorsqu'on veut extraire le pois de sa cavité pour panser la plaie, les petits mamelons de chair qui se sont moulés dans le trou du pois se déchirent, fournissent beaucoup de sang, et de ce déchirement résulte un accroissement d'irritation insupportable au malade. En outre, la pâte gommeuse que le fabricant emploie pour boucher les cavités des pois inférieurs est dissoute par le mucus, s'y mêle, et lui donne en quelque sorte l'aspect du pus, et trompe le malade sur le véritable état de suppu-

ration du cautère : enfin les chairs pénètrent dans l'intérieur de ces trous et y éprouvent une constriction fort douloureuse.

Ces nombreux inconvéniens m'ayant été bien constatés par une foule d'observations prises sur un grand nombre de sujets, j'essayai de préparer des pois emplastiques qui pussent réunir les propriétés suivantes :

1° Ne point se dilater ; 2° Ne causer aucune douleur lors de la formation ni du pansement des cautères ; 3° Faire supurer davantage et plus régulièrement ; 4° Ne répandre aucune odeur désagréable lorsque la négligence des malades ou leurs occupations les empêchent de panser régulièrement les cautères ; 5° Procurer ainsi à la médecine la facilité d'étendre davantage l'usage de ces exutoires chez les personnes les plus impressionnables qui répugnent presque toujours à cette application par les souffrances qu'elle entraine.

Après une foule de recherches et d'essais continués pendant plusieurs années, j'ai obtenu les résultats que j'attendais.

Les pois que j'ai préparés et dont j'ai formé quatre séries ayant chacune un degré différent d'activité, afin qu'ils puissent être employés par le plus grand nombre possible de malades, ont été soumis à des expériences nombreuses ; M. Guéneau de Mussy les a employés pendant plus d'un mois à l'Hôtel-Dieu, MM. Rullier, Tavernier, Morel, Jacques, Serrurier, Hubert, West, etc., les ont essayés ou dans les bureaux de charité ou dans leur clientelle particulière, et tous ces messieurs ont reconnu l'utilité des pois de Garou composés, et leur immense avantage sur tous ceux employés jusqu'à ce jour.

Dans les discussions qui ont eu lieu à l'Académie royale de Médecine à l'occasion du rapport avantageux présenté par MM. Guéneau de Mussy et Chevalier, membres de la commission, sur l'utilité et les avantages de mes pois, quelques académiciens ont cherché à jeter des doutes sur les substances par incorporation et sur le mérite de la nouveauté ; d'autres ne pouvant nier les propriétés constatées par les expériences faites par la commission, se sont rejetés sur la bizarrerie de la composition. En attendant que je réponde à toutes les observations académiques, j'offre de mes pois à tous les membres qui ont été opposés aux conclusions de la commission, afin qu'ils les éprouvent eux-mêmes, bien convaincu qu'aucun d'eux alors ne niera les propriétés signalées consciencieusement par le rapport. FRIGÉRIO.

MÉDECINE LÉGALE (1).

—

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES sur les devoirs des médecins commis par justice ; par M. PAILLARD DE VILLENEUVE, avocat a la Cour royale.

Les crimes et délits contre les personnes exigent incessamment l'intervention des médecins, et c'est à eux qu'il appartient de fixer le point le plus grave de la poursuite criminelle, c'est-à-dire l'existence du corps de délit. C'est donc une importante mission que celle qui est confiée aux hommes de l'art, et ils ne sauraient apporter trop de soins et de circonspections dans l'accomplissement des devoirs qu'elle leur impose.

Notre but est d'indiquer la nature et l'étendue de ces devoirs.

L'auteur de cet article, étranger qu'il est à la science de la médecine, n'a pas la prétention assurément d'examiner en détail ce que doivent être les rapports des médecins-experts dans les diverses spécialités qui peuvent exiger leur intervention : il se propose seulement d'établir en termes généraux quelle est, dans l'esprit de la loi, la nature et l'étendue de leur mission, et de déterminer les principes qui les doivent guider dans leurs travaux. Cet article enfin n'est qu'une espèce d'introduction générale, qui doit être suivie d'articles spéciaux rédigés par un homme de l'art sur les divers cas de médecine légale qui peuvent se rencontrer, tels qu'homicide, empoisonnement, blessures, viol, etc.

Il est un premier point que ne doit point perdre de vue le médecin-expert, c'est qu'il n'est point appelé à décider comme juge souverain les questions qui lui sont soumises : c'est aux magistrats, c'est aux jurés, qu'il appartient de les résoudre. Sans doute il doit formuler son opinion, la discuter, l'appuyer par les faits et par les raisonnemens, mais il ne doit pas oublier que c'est un avis qu'il donne et non une sentence qu'il prononce ; qu'il est expert et non pas juge.

Ceci est important, et s'il arrive souvent que la misson de médecin se trouve incomplète et sans résultats, c'est qu'il n'en a pas compris la véritable nature.

En effet, le médecin qui se poserait comme juge là où il n'est qu'expert, ne serait dominé que par une pensée, celle de motiver le mieux possible son opinion personnelle, laissant de côté les faits qui lui sembleraient insignifians, interprétant ceux qu'il trouverait incertains, et plus soigneux de justifier ses conséquences que de bien établir les faits. Cependant, ce que l'autorité judiciaire demande avant tout, ce sont des faits qui lui permettent de juger et de prononcer en conscience. Assurément ce sera quelque chose dans sur les diverses questions de médecine légale de quelques considérations générales sur les devoirs qui sont imposés aux médecins, requis par la justice. Trop souvent trompés sur la nature des déclarations que l'on exigeait d'eux, des médecins n'ont fourni aux tribunaux que des renseignemen incomplets ou viciés dans leurs formes, qui, loin de pouvoir éclairer les juges, ne faisaient qu'augmenter l'embarras que ceux-ci éprouvaient à se prononcer sur des questions tout-à-fait étrangères à la nature des leurs connaissances. Nous avons pensé qu'un légiste éclairé pourrait, bien mieux qu'un médecin, indiquer quel était l'esprit qui devait présider à l'expertise que le juge demandait à l'homme de l'art, et quelle était surtout la forme dans laquelle cette expertise devait être faite. Ces considérations générales pourront servir de guide aux médecins qui, peu habitués aux formes judiciaires, seraient cependant appelés à faire des rapports pour les tribunaux.

---

(1) Nous avons cru qu'il était important de faire précéder la série d'articles que nous nous proposons de donner

la balance que l'opinion personnelle du médecin, mais la question à juger se trouve placée entre deux parties qui toutes deux ont intérêt à la discuter : d'une part la société qui accuse, et de l'autre l'accusé qui se défend. Quelle que soit celle des deux parties que l'opinion du médecin vienne secourir, la partie adverse doit pouvoir combattre cette opinion, et c'est uniquement dans les rapports du médecin qu'elle peut puiser ses argumens et ses preuves. Or, si le médecin, sans s'inquiéter de ce débat qui plus tard ne peut manquer de s'élever se bornait à chercher une opinion dans les faits qu'il est appelé à constater, il s'en suivrait qu'involontairement et sans mauvaise intention sans doute, son rapport pourrait ne pas présenter les élémens de controverse qui peut-être devaient surgir des faits, s'ils eussent été tous nettement et consciencieusement exposés.

La première chose que doit faire le médecin, c'est donc de constater tous les faits qui sont de nature soit à établir le corps de délit, soit à le faire disparaitre ; en un mot, il doit dresser un procès-verbal complet de tout ce qu'il voit, sans qu'il ait besoin de s'inquiéter encore, et dès l'avance, de l'opinion personnelle qu'il pourra se former plus tard.

Nous avons dit qu'il devait émettre son opinion ; il doit également, mais toujours après une constatation préalable et consciencieuse des faits, examiner l'opinion contraire à celle qu'il émet, rapporter et combattre les argumens qui lui sembleraient devoir l'appuyer.

Ainsi rédigé, son rapport présentera aux magistrats ou aux jurés appelés à prononcer tous les élémens suffisans pour baser eux-mêmes leur opinion.

Il peut paraitre assez singulier sans doute de voir les questions les plus graves de la médecine légale, celles qui divisent souvent les hommes de l'art, appréciées et résolues en dernier ressort par des hommes entièrement étrangers à la science ; de voir que dans un cas d'empoisonnement, par exemple, lorsque des praticiens également habiles soutiennent l'une et l'autre opinion, le différend soit vidé par des jurés négocians, cultivateurs, etc.

Aussi quelques-uns des auteurs qui se sont occupés de médecine légale ont-ils soutenu qu'en bonne logique un pareil état des choses était essentiellement vicieux, et ils ont pensé qu'il serait convenable de placer près de chacune des cours d'assises un jury spécial composé d'hommes de l'art, et qui serait appelé à statuer sur la *matérialité* du corps de délit, sauf ensuite au jury ordinaire à prononcer sur la *criminalité*. Nous n'examinerons point ici s'il y aurait avantage ou inconvénient dans une telle innovation, mais nous ne pouvons nous empêcher de reconnaitre qu'en effet il y a quelque chose qui, au premier abord, doit paraitre assez peu rationnel dans le mode de procéder que quelques auteurs veulent tenter de réformer.

Nous en tirerons une conséquence que le médecin-expert ne doit pas perdre de vue, c'est qu'autant que possible son rapport doit être mis à la portée de ceux qui sont appelés à s'en servir comme un des élémens de leur conviction, et qui sont, cela se conçoit facilement, assez peu familiers avec le langage scientifique.

Indépendamment de la *matérialité* du corps de délit, il se trouve aussi certains cas dans lesquels la *criminalité* du fait est soumise également aux résultats de l'expertise.

Ainsi, par exemple, dans le cas d'empoisonnement tout se réduit à un point de fait : Y a-t-il eu administration de substances vénéneuses? Le corps de délit se résout dans ce cas en une question toute *matérielle*.

Mais dans le cas de blessures ayant entraîné soit la mort, soit une incapacité de travail de plus de vingt jours, dans le cas de viol, etc., l'expert, en même temps qu'il résout la *matérialité* du fait, soit la mort, soit l'incapacité de travail, ne doit pas oublier qu'il constate également la criminalité.

En effet, d'après l'article 309 du Code pénal, « Sera puni de la réclusion tout individu qui volontairement aura fait des blessures ou porté des coups, s'il est résulté de ces sortes de violences une incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours. Si les coups ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée, le coupable sera puni de travaux forcés à temps. »

Comme on le voit d'après le texte de cet article, la *criminalité* dépend en quelque sorte du fait matériel ; elle dérive moins de l'intention du coupable que du résultat, son intensité se calcule d'après la terminaison matérielle de l'acte, et non d'après le but intentionnel que le coupable a voulu atteindre.

Au premier abord, c'est là un système que semblent repousser les saines doctrines de la justice.

Ainsi, un coup porté à un individu qui se trouvera dans telles ou telles conditions de santé lui donnera la mort, ou entraînera une maladie de plus de vingt jours, tandis que ce même coup porté soit à un autre, soit à ce même individu dans une autre condition de santé, n'aurait entrainé qu'une blessure légère, qu'une maladie de quelques jours ; en voici un exemple récent : deux individus luttent ensemble ; l'un des combattans reçoit un coup ; peu de jours après il meurt : or, ce coup, qui sur un autre n'eût produit peut-être qu'une contusion légère, avait déterminé la mort parce que le blessé avait une maladie interne dont les symptômes ont été subitement aggravés et sont devenus mortels. Enfin telle maladie, si elle est prise à temps, si elle est combattue par un traitement convenable, et si le malade ne fait pas d'imprudences ne durera que quinze à seize jours, et le coupable ne sera puni que d'un ou deux mois de prison : il sera puni de *cinq ans de réclusion au moins*, si par suite d'une mauvais traitement, ou d'imprudence, ou de vices de constitution, la maladie dure plus de vingt jours. De cette façon le coupable sera d'autant plus puni que le médecin sera moins habile, le malade plus rebelle et moins vigoureux.

Si la loi était ainsi appliquée, une semblable base de proportion dans la gradation de la peine serait bien peu d'accord avec ce principe de morale qui veut que la criminalité résulte de l'intention et non du fait. Or, l'expert fausserait évidemment l'esprit de la loi s'il interprétait trop rigoureusement les termes de sa misson, et s'il omettait de signaler tous les faits accessoires qui ont pu précéder, accompagner ou suivre le crime dont la constatation lui est livrée.

Si, par exemple, il s'agit de constater l'état d'un blessé, la nature des coups qu'il a reçus, et les résultats qu'ils ont pu avoir relativement à la durée de la maladie ou de l'incapa-

cité de travail, le médecin ne devra pas se contenter d'indiquer la direction, la forme, la profondeur des blessures, et d'établir ensuite la durée de la maladie et de l'incapacité de travail. Il doit recueillir soigneusement tous les détails antérieurs ou postérieurs au crime qui ont pu exercer quelque influence sur la durée de la maladie; il doit s'enquérir de la conduite du malade, du traitement auquel il a été soumis, et rechercher si dans ces faits extérieurs au crime il n'y a pas eu une cause aggravante de l'état du blessé, en un mot, si en supposant la non-existence de ces faits, le corps de délit, (c'est-à-dire la durée de la maladie ou de l'incapacité de travail) eût présenté le même caractère et les mêmes symptômes.

De même, lorsqu'il s'agit de constater si la mort d'un individu a été occasionnée par les coups ou blessures qu'il a reçus, l'expert devra rechercher s'il n'existe pas quelques faits étrangers qui aient pu devenir la cause efficiente de la mort, et sans lesquels les coups et blessures n'eussent pas été mortels.

C'est là un des points les plus délicats de *l'expertise médicale*, et les hommes de l'art ne sauraient s'entourer de trop de lumières avant de se prononcer, car du fait qu'ils constatent dépend l'étendue de la criminalité, et partant la gravité de la peine.

En effet, si la mort ou la durée de la vie ne sont pas la conséquence immédiate et nécessaire des coups portés, mais ont été occasionnées par des circonstances accessoires, le coupable ne devra pas être exposé à une pénalité aussi grave que si la mort ou la durée de la maladie avaient pour cause *unique* et *directe* la nature des coups et des blessures.

C'est sous l'influence des principes généraux que nous venons d'exposer que les médecins doivent accomplir la mission que leur confie l'autorité judiciaire. Les règles qui restent encore à tracer se retrouveront dans l'examen des divers cas de médecine légale qui seront successivement examinés dans ce recueil.

PAILLARD DE VILLENEUVE

DOCTRINES MEDICALES.

—

DE L'HOMOEOPATHIE.

(2e ARTICLE.)

En nous prononçant d'une manière aussi absolue dans notre premier article (1), sur la valeur des principes et le degré d'utilité pratique de l'homœopathie, nous voulions prémunir nos confrères contre les éloges outrés des partisans de cette doctrine, les empêcher de perdre dans l'examen de pareilles rêveries un temps qui pouvait être plus utilement employé pour eux et pour leurs malades, et les mettre à l'abri des mystifications pratiques dont l'homœopathie est si prodigue. Il nous a paru convenable pour cela de ne nous adresser qu'au bon sens de nos lecteurs et d'exposer simplement les pièces du procès. Des esprits sérieux nous ont blâmé de nous être occupé d'un pareil sujet; d'autres nous ont engagé à continuer; nous préférons nous rendre aux vœux de ces derniers, parce qu'enfin il faut que tout le monde sache ce que c'est que l'homœopathie, et tout le monde n'a, ni ne veut avoir à sa disposition *l'organon* d'Hahnemann ni le journal de la médecine homœopathique.

Dans le précédent article, nous avons donné en peu de mots l'exposé des phases, des tribulations de la doctrine personnifiée dans son auteur; nous avons indiqué les principes relatifs à la nature, aux causes et aux divisions des maladies; aujourd'hui nous nous occuperons de la partie thérapeutique, la seule que les médecins homœopathistes français osent défendre.

Action, doses et préparation des médicamens.

Le principe, virus ou miasme qui constitue à lui seul toute la maladie, car la lésion organique et les symptômes n'en sont que les révélateurs et les conséquences, ce principe ne pouvant être connu dans son essence, il paraît impossible d'abord de trouver le remède qui lui convient, c'est-à-dire son spécifique; mais l'expérience a appris à Hahnemann qu'il suffisait de rencontrer une substance qui chez l'homme sain produisit des phénomènes sinon identiques au moins analogues à ceux de la maladie pour que ceux-ci disparaissent et cela, en vertu de cette loi : « Qu'une affection dynamique dans l'organisme vivant est atteinte d'une manière durable par une autre plus forte, quand celle-ci, sans être de même espèce qu'elle, lui ressemble beaucoup dans la manière de se manifester. » Voici comment il faut suivant l'auteur, expliquer ces effets. « Toute maladie qui n'appartient pas à la chirurgie n'étant qu'une altération purement dynamique de la force vitale, relativement à la manière dont s'accomplissent les sensations et les actions, altération qui s'exprime par des symptômes susceptibles de frapper les sens, l'agent médicinal homœopathique la convertit en une maladie médicale fort analogue et un peu plus intense. La puissance morbifique préexistante, qui n'était qu'une force sans matière, a donc cessé par là d'exister, tandis que la maladie médicinale qui l'a remplacée, étant de nature à ce que la force triomphe d'elle, s'éteint aussi de son côté, laissant dans son état primitif d'intégrité et de santé l'être ou la substance qui anime ou conserve le corps. » Quoi qu'il en soit de cette explication qui demanderait elle-même à être expliquée, voilà sur quelle base repose l'homœopathie; voilà ce qui pour les homœopathistes, surtout pour Hahnemann, ne saurait être l'objet d'aucun doute, ce qui pourtant est bien loin d'être démontré et ne saurait être admis par la majorité des médecins moins amis du merveilleux et du nouveau.

Les effets produits par les spécifiques sont de deux sortes, les uns *primitifs*, propres, analogues à ceux de la maladie, les autres, *secondaires*, opposés aux premiers.

Le but que se propose l'homœopathiste est d'annihiler la maladie et non de l'accroître; cependant comme les médi-

---

(1) *Voyez* tome XVI de l'Encyclographie, page 43 de ce journal.

camens n'ont de propriétés curatives qu'à la condition de produire des symptômes analogues à ceux de la maladie qu'ils doivent guérir, l'homœopathiste se trouve dans la nécessité de fractionner la dose du spécifique jusqu'à des proportions *infinitésimales*. De cette manière l'exaspération des symptômes est peu considérable et seulement suffisante; ainsi l'action médicatrice d'un substance est d'autant plus forte que la dose est moindre. Il peut paraître assez étonnant que la force d'un médicament soit en raison directe de l'exiguité de sa dose; veut-on avoir l'explication de ce phénomène? la voici, toujours d'après Hahnemann : la force d'une impression que reçoit un organe étant d'autant plus grande que la sensibilité de cet organe est plus exaltée, et la maladie consistant surtout dans un accroissement de la sensibilité, le remède aura une action d'autant plus salutaire sur cet organe souffrant et auquel il doit se rendre pour provoquer de nouveaux symptômes que sa dose sera plus faible; cette faible dose ne lui permettra pas d'agir sur les parties exemptes de maladies avec assez de force pour produire les symptômes nombreux qui lui sont propres, tandis qu'en vertu de sa puissance homœopathique (Hahnemann aurait pu dire par la vertu de ma baguette), il atteint précisément les points de l'organisme qui sont déjà en proie à l'irritation résultant des symptômes de la maladie naturelle et possède ainsi assez d'énergie pour éteindre celle-ci en excitant une affection médicinale.

Les procédés ordinaires adoptés pour opérer la division des substances médicamenteuses étant impuissans pour remplir les vues de l'homœopathie, puisque la dose la plus minime à laquelle nous administrons nos médicamens les plus violens sont énormes aux yeux d'Hahnemann, celui-ci en a imaginé de nouveaux.

Il est peu de corps dans la nature qui ne soient doués de vertus homœopathiques énergiques, étant bien administrés; mais les substances végétales sont celles qui fournissent les médicamens les plus nombreux et les plus surs; c'est le suc de ces plantes préparé avec le plus grand soin de manière à éviter toute espèce de mélange avec des substances étrangères que les homœopathistes emploient. Ils le mêlent à l'alcool qui les conserve ou à la poudre d'amidon ou de sucre de lait, substances inertes qui leur servent de véhicule et facilitent leur administration.

Pour préparer homœopathiquement les médicamens, on prend un grain d'une substance solide, ou une goutte de substance liquide, et l'on met cette petite quantité sur environ le tiers de cent grains de sucre de lait pulvérisé dans une capsule de porcelaine non vernissée; on mêle le médicament et le sucre de lait en le broyant avec un peu de force pendant six minutes; on le réduit en tas au fond du mortier pendant quatre minutes, et on le broie de nouveau pendant dix minutes. Après l'avoir encore mêlé pendant quatre minutes, on ajoute le dernier tiers de sucre de lait; on triture le tout avec force pendant six minutes, on le râcle pendant quatre, puis on termine en le broyant encore six minutes. Dans ce mélange, la substance médicamenteuse est portée au centième degré de puissance. Pour l'élever au millième degré, on n'a qu'à le mélanger de la même manière et par le même nombre de triturations avec cent grains de sucre de lait; et en mêlant un grain de cette dernière préparation avec cent grains de sucre de lait, on la portera au dix-millième. On peut de cette manière, porter le degré d'atténuation jusqu'à l'infini, en faisant subir à chaque grain de la dernière atténuation six triturations de six minutes chaque, suivies chacune d'un râclage de quatre minutes, avec cent grains de la poudre inerte. C'est ordinairement au trentième degré d'atténuation que les médicamens sont administrés.

La dissolution des substances médicamenteuses semble donner à ceux-ci une plus grande vertu médicinale; aussi c'est sous cette forme qu'on les administre le plus ordinairement. Toute substance atténuée jusqu'au millionième de grain, se dissout dans l'alcool aqueux, fût-ce la substance la moins soluble, un métal natif, du quartz, du marbre, etc. On prend donc un grain de la poudre médicamenteuse portée au millionième degré d'atténuation, et l'on verse dessus cent gouttes de cet alcool; puis on tourne lentement le flacon sur lui-même pendant quelques minutes, jusqu'à ce que la poudre soit dissoute, et on lui imprime deux secousses du bras, pas plus; car, suivant l'expérience d'Hahnemann, une secousse de plus exalterait beaucoup trop la force du remède. C'est par de semblables manœuvres répétées en plus ou moins grand nombre de fois qu'on prépare des médicamens à la dose d'un décillionième de grain et plus.

Ce n'est pas une goutte de cette liqueur ainsi atténuée qu'il faut donner au malade, cette dose serait énorme, mais la centième partie de cette goutte. L'administration d'une aussi faible dose est rendue facile par le procédé que voici : on fait préparer des globules de sucre et d'amidon de la grosseur d'une graine de pavot, dont deux cents environ pèsent un grain. On les imbibe de la substance médicinale, au moyen d'un bouchon qu'on a humecté lui-même en renversant le flacon; ces globules doivent être renfermés pour l'usage dans un flacon bien bouché, où ils peuvent se conserver très-long-temps sans perdre de leurs vertus. On fait prendre, par jour, au malade un ou plusieurs de ces globules mêlés à quelques grains de sucre de lait, mais le plus souvent un seul suffit pour plusieurs jours. Quelquefois même, il y aurait danger à administrer une dose pareille, et une fois en quinze jours le malade se contente de respirer pendant quelques instans les émanations que dégage un seul globule contenu dans un flacon.

Pour qui n'est pas *relié* aux doctrines homœopathiques, ceci pourrait paraître une mauvaise plaisanterie, et pourtant cela est très-sérieux pour Hahnemann, qui va jusqu'à dire qu'un globule, contenant la quadrillionième partie d'un grain d'or, ou d'argent en feuilles, ou de charbon (substances inertes), donné à respirer à un mélancolique ayant du penchant au suicide, délivrera en moins d'une heure ce malheureux de son mauvais démon, et lui rendra le goût de la vie.

Une si grande efficacité dans des remèdes reduits à une telle atténuation, ne peut surprendre que ceux qui ne connaissent pas la loi découverte par Hahnemann, et par laquelle le frottement long-temps continué et agissant sur les plus petites parties des corps y développe une telle exaltation de vertus dynamiques, que ceux dans lesquels on n'a jamais découvert de propriétés médicinales acquièrent une énergie

surprenante; à plus forte raison celles qui passent pour avoir quelqu'action sur l'économie ; c'est en vertu de cette immense puissance du frottement que la quadrillionième partie d'un grain de quinquina est une dose plus que suffisante, dit Hahnemann, pour opérer tout ce que peut produire le quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes, et qu'il est rare qu'on soit obligé de faire prendre une seconde dose au malade pour amener sa guérison.

Toute la pratique du médecin homœopathiste se réduit donc à ceci : ne voir dans une maladie que l'effet d'un principe ou virus, ou miasme syphilitique ou psorique qui constitue seul la maladie; appliquer au traitement de cette maladie les substances médicamenteuses qui, employées chez l'homme sain, produisent des phénomènes semblables; les administrer à doses *infinitésimales*, afin de ne produire qu'une aggravation très-faible dans les symptômes morbides, et d'amener seulement les effets réactifs nécessaires : enfin éviter par une diététique raisonnée et sévère les effets des substances qui entrent dans la composition de la plupart des alimens solides ou liquides.

Tels sont les points fondamentaux de la grande doctrine sur laquelle Hahnemann a fondé le bonheur du monde ; telle est la grande découverte du dix-neuvième siècle, appelée à convertir le monde médical, comme le christianisme a réformé le monde moral, et destinée à secouer les entraves dont la routine et les sots préjugés l'accablent depuis le centaure Chiron jusques et y compris le chef de l'école physiologique, dont les prétentions, par parenthèse, ont été précisément les mêmes. Plus de détails sur cette doctrine seraient inutiles, car chacun est apte à la juger sur les simples renseignemens que nous avons donnés. Nous avons dit ce que nous en pensions, et nous voyons avec plaisir que notre opinion est partagée par tout ce que le corps médical renferme d'esprits sains, et que le bon sens de la masse, autorité bien autrement puissante, à notre avis, que l'imagination et la logique des esprits ultra-progressifs, la rejette comme ne supportant pas les épreuves du raisonnement ni de l'expérimentation.

On nous vante, il est vrai, chaque jour de nouveaux triomphes; on parle tout bas de conversions nombreuses, de conversions d'hommes haut placés dans la science ; mais, d'un autre côté, les plus beaux faits de l'homœopathie nous viennent de l'étranger, ou sont fournis par les clientelles de quelques homœopathistes privilégiés ; mais ces nouveaux et illustres convertis ne cessent pourtant pas de faire publiquement de la pure allopathie, et s'ils ont reconnu la puissance de l'homœopathie, au moins est-il démontré qu'ils n'ont pas le courage de leur opinion. On proclame partout des cures miraculeuses telles que le magnétisme en produit à peine ; on parle d'aliénations mentales guéries comme par enchantement par quelques globules homœopathiques ; mais voyez la vanité des projets et des efforts humains ; ces succès que certains homœopathistes obtiennent à peu près infailliblement, presque tous ceux qui veulent se convertir de bonne foi à l'homœopathie, mais qui apportent en leurs recherches cet esprit de doute sans lequel le domaine de la science serait exploité par quelques enthousiastes ou de rusés charlatans, ne les obtiennent jamais ; et s'ils sont assez heureux pour obtenir quelques résultats, leur conscience, trop scrupuleuse sans doute, les porte à s'enquérir du pourquoi et du comment, et, après de mûres réflexions et beaucoup d'essais, ils demeurent plus incrédules que jamais. Enfin, tandis qu'à l'Institut clinique de Leipzig on ne compte plus les succès, qu'à la clinique homœopatique de Bordeaux on les compte encore par milliers, les premières expériences faites dans les hôpitaux de Paris ont découragé ceux qui les ont tentées, et de promptes et admirables cures homœopathiques ont été obtenues par les remèdes les moins homœopathiques du monde, par des globules d'amidon. Tout le monde connaît l'histoire des pilules de mie de pain si précieuses sur les hypocondriaques, et le verre d'eau magnétisé qui produit le vomissement ou la superpurgation à volonté; eh bien, des esprits rétifs *s'obstinent* à leur trouver quelque analogie avec les globules homœopathiques.

De longs raisonnemens nous paraissent tout-à-fait hors de propos pour combattre cette doctrine, pas plus qu'il n'en fallut à ce philosophe devant qui on niait le mouvement. Il n'est pas besoin de raisonner long-temps pour prouver que toutes les maladies ne sont pas dues à l'existence d'un miasme psorique dont l'humanité tout entière se trouve infectée sans le savoir depuis la création ; qu'un cor au pied, qu'une cataracte, ne sont pas plus des maladies psoriques, qu'une péripneumonie ou une luxation (réputées cependant très-psoriques). Il ne faut pas de savantes dissertations sur l'extrême divisibilité des corps pour refuser toute espèce d'action à un décillionième de grain de poudre de coquille d'huître ou de lycopode, substances très-actives pourtant au dire des homœopathistes ; il ne faut pas être trop sévère pour exiger de la part de l'homœopathie des preuves plus convaincantes de sa toute puissance que celles que nous ont fournies jusqu'à présent les homœopathistes français; pour croire que les effets d'un médicament doivent être les mêmes chez l'homme sain et chez l'homme malade, et qu'on peut déduire de l'action des médicamens sur le premier les effets qu'ils produiront chez le second; il ne faut pas être trop exigeant pour vouloir qu'ils vérifient sur eux-mêmes les expériences d'Hahnemann, dans lesquelles ils ont une foi si aveugle, bien qu'ils n'aient d'autre garantie que l'autorité d'un seul homme, respectable sans doute, mais d'autant plus sujet à l'erreur qu'il est plus intéressé dans la question. Enfin on pourrait leur objecter que rien n'est moins certain que ce qui fait la vertu des médicamens homœopathiques, en leur en supposant une, c'est l'analogie des symptômes qu'ils développent avec ceux qu'ils sont appelés à combattre ; que ces fameux argumens, tirés de l'action du froid dans la congélation d'un membre et de la chaleur sur les brûlures de la peau, sont les plus faibles qu'on puisse invoquer, parce que la manière d'agir de ces agens est tout-à-fait différente de celle qu'Hahnemann leur suppose.

Nous avons consulté les faits; nous en attendons de nouveaux, et nous dirons, si nos lecteurs le permettent, ce qu'ils nous ont appris.

A. T.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

MAI 1834.

Traitement des corps ou polypes fibreux de l'Utérus.

Quand les tumeurs fibreuses sont développées entre l'utérus et le péritoine, et qu'elles font saillie dans le ventre; quand on est certain qu'elles ont un pédicule, ce dont on peut se convaincre par la grande mobilité qu'elles présentent dans le ventre, que faut-il faire? Peut-on les exciser? Quelques personnes l'ont tentée. M. *Lacaze*, entre autres, a fait cette opération sur une dame qui portait depuis assez long-temps une tumeur très-mobile dans le ventre; tumeur qui l'incommodait beaucoup. La malade périt trente-six heures après l'opération d'une inflammation suraiguë du péritoine. M. *Dupuytren* fut appelé quelque années après cet accident chez une dame anglaise qui portait dans le ventre une tumeur du volume de la tête d'un enfant d'un an, cette tumeur était très-mobile et paraissait très-évidemment pédiculée. Cette dame était persuadée que rien n'était plus facile que d'enlever cette tumeur. M. *Dupuytren*, éclairé par l'insuccès de M. *Lacaze*, refusa de faire cette opération. Il ne faut donc jamais toucher à ces tumeurs fibreuses de l'utérus qui font saillie dans la cavité abdominale, car l'inflammation de la plus vaste membrane séreuse du corps est presque inévitable dans cette opération, et la mort en est le résultat ordinaire.

Il est vrai que les femmes éprouvent pendant tout le reste de leur vie de graves incommodités résultant de la présence de ces tumeurs dans le ventre. Mais il vaut mieux les laisser vivre avec ces incommodités que de les exposer à mourir des suites d'une opération si chanceuse. Ces incommodités consistent principalement en une pesanteur et des douleurs dans le ventre, en une augmentation de volume dans cette partie, augmentation qui est quelquefois énorme, difficulté dans les digestions et la respiration, etc.; incommodités qui augmentent ou diminuent alternativement, et ne cessent qu'avec la vie.

Les corps fibreux développés dans l'épaisseur de l'utérus sont également inattaquables.

C'est donc seulement quand les polypes naissent de la cavité utérine ou du col qu'ils sont attaquables par les méthodes et procédés de la chirurgie; c'est-à-dire attaquables avec des chances variées de succès.

On a proposé un grand nombre de méthodes et procédés opératoires pour débarrasser les malades des polypes fibreux.

L'arrachement, moyen si dangereux, est abandonné, ainsi que la torsion seule ou combinée avec l'arrachement; le broiement ne paraît pas devoir obtenir de vogue, et est aussi peu sûr et aussi dangereux que les précédens. Les caustiques sont repoussés avec raison par tous les praticiens sensés, ainsi que le cautère actuel. Il ne reste donc plus que *la ligature* et *l'excision* qui sont les seules méthodes entre lesquelles il est permis de balancer actuellement.

La *ligature* est une opération difficile. On réussit très-rarement à la faire d'une manière parfaitement exacte; la preuve en est surtout dans la multiplicité des instrumens qui ont été imaginés dans ce but. La douleur que la ligature détermine n'est rien ou presque rien. Le danger réside surtout dans l'adynamie ou dans l'ataxie qui surviennent à la suite de la décomposition qui s'empare de la tumeur. Pendant un, deux, trois ou quatre jours après la ligature, tout paraît en bon état, mais on est étonné de voir après ce laps de temps des phénomènes d'adynamie se manifester; et aller toujours en augmentant malgré l'emploi des toniques. Les antiphlogistiques échouent également, quoiqu'il existe une métrite ou une métro-péritonite, ou une phlébite des veines de l'utérus ou de celles du bassin. Très souvent cette ligature est accompagnée des accidens les plus formidables et de la mort. Parmi les exemples nombreux de terminaison funeste, nous citerons l'observation suivante, qui a été recueillie par M. Bérard jeune, et dont l'un de nous (M. Paillard) a été témoin à l'hôpital Saint-Louis, lorsqu'il y était interne. (5e examen, 17 février 1829).

Une femme de 53 ans, mariée, ayant eu des enfans sans accouchement laborieux, le dernier depuis 13 ans, n'étant plus réglée depuis l'âge de 51 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 1er août 1824. Elle offrait une tumeur considérable qui sortait par la vulve et pendait entre les cuisses. Le commémoratif n'apprit rien touchant la cause probable ni le commencement de la maladie; seulement, depuis deux ans, cette femme s'était aperçue de la présence d'un corps étranger dans le vagin, elle avait éprouvé quelques hémorragies utérines qu'elle avait regardées comme appartenant encore à son temps critique; le vagin était le siége habituel d'un écoulement très-abondant et assez fétide au moment où la malade entra à l'hôpital.

En examinant avec soin la tumeur et les parties génitales de cette femme, il fut très-facile de reconnaître un polype; sa consistance mollasse, son indolence, l'absence d'ouverture en aucun point de sa surface, le distinguaient suffisamment de l'utérus, descendu hors du bassin; d'une autre part le doigt pouvait remonter entre le corps étranger et les parois du vagin, jusqu'au niveau du col de l'utérus, que l'on sentait dilaté et même ramolli, comme dans le commencement du travail de l'accouchement. On ne trouvait aucune

adhérence entre les parois du vagin ni du col de l'utérus et le polype. M. Jules Cloquet procéda à la ligature de la manière suivante. La femme, placée sur le bord du lit, en travers, les cuisses écartées, fléchies, les jambes fléchies sur les cuisses, la tête soulevée par des oreillers afin d'éviter les contractions des muscles abdominaux; M. Cloquet, situé entre les cuisses de la malade, se servit des pinces dites de Desault; bien long-temps avant lui on en connut le mécanisme, ce n'est qu'avec assez de difficulté que les instruments furent portés dans le fond de l'utérus, à cause du volume de la tumeur, et surtout qu'une des pinces fut promenée circulairement autour du pédicule, de manière à venir rejoindre celle qui était immobile; cependant M. Cloquet en vint à bout sans avoir fait éprouver à la malade de vives souffrances, et sans avoir déterminé autre chose qu'un léger écoulement de sang, dû sans doute à la lésion de quelques vésicules placées dans le pédicule du polype. Le serre-nœud de Desault fut également employé, et la ligature, faite avec une forte ficelle, fut serrée assez fortement dès le premier instant pour étrangler complétement le pédicule de la tumeur. La journée se passa sans accident; dès le lendemain il y avait un écoulement horriblement fétide par le vagin. La ligature fut resserrée et la malade tenue à la diète; embrocations émollientes, cataplasmes émolliens sur l'abdomen, nul symptôme de péritonite ni de métrite. Le soir du second jour la malade n'avait pas uriné depuis le matin, l'écoulement, toujours très-fétide, avait beaucoup diminué. Je fus appelé pour faire le cathétérisme. Cette opération était rendue difficile par la présence de la tumeur, qui remontait avec élasticité vers le pubis. Cependant ma sonde ayant pénétré à une certaine profondeur, il s'écoula une grande quantité d'un liquide noirâtre, d'une fétidité insupportable, entraînant des débris de matière animale décomposée. Surpris d'abord, je ne tardai pas à reconnaître la cause de ce que je voyais. L'hypogastre était resté dur, tendu, fluctuant; j'eus la certitude que la sonde avait pénétré dans le vagin et le polype, et que le liquide écoulé, retenu dans la cavité de l'utérus, par la présence du corps étranger, y avait subi la décomposition putride qu'il présentait. Je renouvelai le cathétérisme avec plus de soin, et la sonde arriva dans la vessie, d'où sortit un nouveau liquide qui était bien évidemment de l'urine. Mon erreur me servit à songer au moyen de désinfecter autant que possible la cavité de l'utérus, en injectant par la sonde de l'eau tiède à plusieurs reprises, que je laissais écouler ensuite. Dans ces opérations, la sonde d'argent s'est constamment recouverte d'un enduit noirâtre, certainement produit par l'hydrogène sulfuré.

Des phénomènes ataxiques survinrent et la malade mourut cinq jours après la ligature, sans avoir présenté de symptômes ni de péritonite ni de métrite; tout chez elle indiqua une altération profonde de toute l'économie, analogue à celles qu'on remarque dans les fièvres typhoïdes.

A l'ouverture du cadavre, point de lésion de tissus bien tranchée, sang noir, fétide, polype en putrilage, pédicule bien embrassé par la ligature, et presque entièrement coupé; fibres de l'utérus épaisses et comme charnues.

On a quelquefois remarqué, après la ligature des polypes de l'utérus, une terminaison semblable à celle que je viens de rapporter. Ne peut-on pas penser que dans ces divers cas, la mort est produite par l'absorption des matières putrides que la ligature du polype fait naître? l'hydrogène sulfuré qui attaquait si énergiquement la sonde d'argent, peut-il impunément rester en contact avec une vaste surface muqueuse? Ces considérations me semblent assez importantes pour faire préférer à la ligature un moyen qui agirait avec plus de force que celui-ci.

Ces accidens si fâcheux et qui suivent la ligature des polypes sont beaucoup plus fréquens qu'on ne pense, et surtout qu'on ne le dit.

L'*excision* adoptée maintenant exclusivement par *M. Dupuytren* a été employée par les anciens; parmi eux *Fabrice d'Aquapendente* surtout en a été très-grand partisan. D'autres l'ont aussi beaucoup vantée (*Tulpius Water*, *Prenton*, *Herbiniaux*, *Lapeyronie*); mais malgré leurs efforts, cette méthode n'avait point fixé l'attention des praticiens. Les idées théoriques qu'ils s'étaient formées à cet égard ne lui étaient point favorables. Toutefois *M. Boyer* ne paraissait pas éloigné de lui accorder la préférence sur les autres. Il l'a employée avec succès. On reproche à l'excision d'exposer plus qu'aucune autre méthode à l'hémorrhagie. Nous avons vu ce que l'on devait penser de ce reproche. *M. Dupuytren* qui depuis près de vingt ans excise toutes les tumeurs utérines, n'a remarqué qu'un seul cas dans lequel l'écoulement du sang lui a paru nécessiter quelques soins particuliers. Cette crainte de l'hémorrhagie est donc presque entièrement chimérique. On a paru craindre ensuite que la plaie qui résulte de l'excision, n'enflammât l'organe gestateur, et ne donnât lieu à une suppuration fâcheuse ou à un ulcère difficile à guérir. Toutes ces craintes sont également chimériques, et l'expérience de *M. Dupuytren*, les faits nombreux rapportés par *MM. Hervez de Chégoin*, *Villeneuve*, *Lejeune*, *Velpeau*, *Siébold*, *Mayer*, etc.; prouvent que cette opération est aussi simple que facile et peu dangereuse, et laisse les malades se rétablir avec une promptitude extraordinaire.

Le manuel opératoire est le suivant:

La malade est placée et assujettie comme pour l'opération de la taille sous-pubienne; les jambes, les cuisses fléchies, écartées et soutenues par des aides. Un aide presse sur l'hypogastre pour abaisser la matrice; on recommande à la femme de pousser comme si elle accouchait. si la tumeur est volumineuse et remplit le vagin, elle est facilement saisie par des pinces de Musseux qui s'implantent dans son épaisseur, ou des forceps qui l'embrassent complétement. Les pinces introduites dans le vagin sont ouvertes pour saisir le polype. Quand la tumeur sort du vagin, on conçoit qu'il devient encore plus facile de la saisir. A l'aide de tractions légères et continues, de nouveaux crochets appliqués sur la tumeur, on la baisse peu à peu avec la matrice, et on finit par amener le pédicule à la vulve. Ce résultat est obtenu plus ou moins promptement et plus ou moins facilement. Lorsque le pédicule est ainsi aperçu auprès de la vulve, dont des aides écartent les lèvres, le chirurgien en fait la section, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri. *M. Dupuytren* employe des ciseaux très-forts, très-longs et courbes sur une des faces de la lame; et d'un seul coup, rarement en deux ou trois, il en fait ordinairement la section. La matrice remonte im-

médiatement après. Quand le polype est petit, qu'il est placé très-haut et qu'il est difficile à atteindre, un spéculum est introduit dans le vagin, et à l'aide de pinces placées dans sa cavité, on saisit le polype, et le spéculum retiré et le polype saisi, on procède comme il a été dit plus haut. Quand le corps fibreux n'a point ou presque point de pédicule, une incision faite à la base à l'aide d'un bistouri suffit ordinairement pour détacher absolument comme un noyau de fruit des parties qui le contiennent; c'est dans ce cas une véritable énucléation.

Quand un polype est trop volumineux pour passer par l'orifice inférieur du vagin, il devient nécessaire quelquefois d'inciser cet orifice, en arrière ou sur les côtés. C'est ce que M. *Dupuytren* a été obligé de faire dans quelques circonstances. Les malades n'ont pas moins bien guéri malgré cette petite complication.

Les ciseaux courbés sur leur plat, employés par M. Dupuytren, pour l'excision des tumeurs fibreuses et pédiculées de la matrice, glissent sur la surface convexe de ces polypes et ne commencent à agir que lorsqu'ils sont arrivés sur les limites qui séparent le pédicule de l'endroit où il s'implante; d'où il résulte, qu'appliqués à la surface des polypes, et surtout alors qu'ils sont un peu redressés, ils ne les entament presque jamais, et portent toute leur action sur le pédicule.

Après l'excision, il devient inutile de faire aucun pansement, d'appliquer aucun appareil; les femmes sont même dans un état si satisfaisant, qu'elles pourraient pour ainsi dire vaquer immédiatement à leurs affaires.

Si contre toute attente, il survenait une hémorrhagie, on aurait recours aux injections astringentes, et si elles étaient insuffisantes au tamponnement du vagin.

C'est toujours par cette méthode que M. *Dupuytren* traite les corps fibreux de l'utérus qui sont attaquables, et les succès qu'il en obtient lui ont fait renoncer à toute autre.

Voici un certain nombre d'observations de polypes fibreux utérins, traités par excision, et qui viennent à l'appui de ce que nous avons avancé touchant les avantages de l'excision et sa supériorité sur les autres méthodes.

Rosalie-Cécile Musard, âgée de trente-trois ans, exerçant la profession de vigneronne, vint à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1823, pour y être opérée d'un polype qu'elle portait à l'une des lèvres du col de la matrice.

Interrogée sur son état antérieur, cette malade nous dit qu'elle avait été réglée, pour la première fois, à quatorze ans, mariée à vingt-trois, et qu'elle avait eu quatre enfans; ses couches furent toujours très-heureuses; son dernier enfant est âgé de trois ans. En 1822, elle commença à avoir des pertes en rouge assez abondantes, qui durèrent quatre mois sans interruption. Après ce temps, des intervalles de huit à dix jours séparèrent les écoulemens, qui, pour durer moins long-temps, n'en étaient pas moins abondans; ils étaient accompagnés de douleurs dans les reins, dans les aines, de pesanteur au fondement et de difficultés en urinant.

Cependant la malade, effrayée de la quantité de sang qu'elle perdait, consulta dans son pays un médecin, qui, sans la toucher, lui fit prendre du sirop de quinquina, de la tisane de grande-consoude, etc. Ce traitement, suivi pendant plus de trois mois, n'eut aucun succès.

Ne voyant pas le plus léger changement dans son état, Rosalie Musard se décida à venir consulter M. Dupuytren. La première chose que fit ce professeur, fut de la toucher; il rencontra aussitôt un polype fibreux et dégénéré, qui était implanté par un pédicule étroit sur la lèvre postérieure du col de l'utérus; la malade fut admise d'urgence, et couchée salle Saint-Jean.

Le lendemain, M. Dupuytren la fit descendre à l'amphithéâtre. Placée sur le lit destiné aux opérations de la taille, les jambes, les cuisses fléchies, écartées, étant soutenue par des aides, elle fut opérée de la manière suivante:

Un large *speculum* fut introduit dans le vagin, le polype s'engagea dans sa cavité, il fut saisi avec des pinces de Museux; le *speculum* fut retiré; une seconde pince fut implantée dans la tumeur, peu à peu elle fut attirée au dehors, et alors il fut facile de l'exciser à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat.

Le polype avait le volume du poing; il était fibreux, et offrait dans quelques endroits des points dégénérés et carcinomateux. Il s'écoula à peine quelques cuillerées de sang et la malade n'éprouva pas la moindre douleur. Le 24, elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Marie-Louise Gérard, fabricante de perles, veuve, âgée de quarante-deux ans, mère de quatre enfans, jouissait d'une très-bonne santé, lorsqu'elle fut prise, il y a dix mois, d'une perte utérine qui dura quatre à cinq heures; rien n'avait provoqué cette hémorrhagie, et jusqu'alors elle avait été bien réglée.

Depuis ce moment, cette perte s'est renouvelée à peu près tous les huit jours. Bientôt la malade perdit son embonpoint, sa face se décolora, ses forces diminuèrent; elle devint paresseuse, insouciante. Un médecin fut appelé; il annonça, à la malade qu'elle ne devait pas s'inquiéter, qu'elle était dans son temps critique et que cet état de choses passerait bientôt; il prescrivit des purgatifs, ne toucha pas la malade. Cependant les pertes ne diminuaient point, la maigreur, la pâleur, augmentaient avec la débilité de la malade. Enfin, n'apercevant aucune amélioration dans son mal, effrayée au contraire de ses progrès, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu; elle fut couchée à la salle Saint-Côme. L'interne la toucha, et reconnut une tumeur fibreuse. Le lendemain matin, elle fut touchée par M. Dupuytren; il reconnut un large polype de nature fibreuse, paraissant s'implanter sur la lèvre antérieure du col par un pédicule large et court. La malade était d'ailleurs dans l'état suivant :

Toute la peau, et surtout celle de la face, était d'un jaune pâle, qui donnait à la malade l'apparence d'une figure de cire. Les lèvres participaient à cet *étiolement*. La maigreur était considérable; la malade n'avait aucune force et ne pouvait rester que couchée; les moindres mouvemens étaient suivis de syncope. Enfin elle perdait continuellement en rouge et quelquefois en blanc.

Dans cet état de choses, M. Dupuytren vit bien que la malade n'avait que peu de temps à vivre, si on ne se hâtait d'enlever le mal à cause de l'état d'anémie où se trouvait cette malheureuse. En conséquence, l'opération fut arrêtée pour le lendemain.

Le 18 juin, descendue à l'amphithéâtre, placée sur le lit destiné aux opérations de la taille, un *speculum* fut introduit, et laissa voir au fond du vagin un corps lisse, convexe, blanc.

On introduisit alors une pince de Museux, dont les mors furent ancrés dans la substance de la tumeur; cela fait on retira le *speculum*, et on lui fit de légères tractions, en invitant la malade à pousser comme s'il fallait accoucher.

La malade exécuta avec intelligence ce conseil; une seconde paire de pinces fut implantée, et la tumeur, par ces tractions douces et réitérées, poussée d'ailleurs par les véritables efforts d'accouchement que faissait cette femme, parvint bientôt à la vulve et devint visible à l'œil.

On vit alors une tumeur lisse, blanche, fibreuse, convexe, et tellement analogue à l'utérus, que M. Dupuytren crut, avant d'exécuter d'autres tractions, devoir s'assurer si ce n'était pas l'utérus lui-même; pour cela, il pratiqua sur la partie la plus saillante une incision profonde : cette incision ne fit pénétrer le bistouri dans aucune cavité. M. Dupuytren alors acheva l'extirpation. Pour cela, après avoir fait dépasser en partie la tumeur au-devant de la vulve, il coupa le pédicule à l'aide de deux ou trois coups de ciseaux courbes. Le corps étranger tomba alors à terre. La tumeur enlevée était de nature fibreuse de la grosseur du poing d'un adulte.

Le tissu incisé est fibreux, comme il a été dit. A cinq lignes de profondeur il devint plus gris; il est aussi moins dur, et paraît avoir éprouvé un commencement de dégénérescence.

Aussitôt opérée, la malade fut portée dans son lit, préalablement bassiné. Pendant l'opération, il ne s'était pas écoulé une goutte de sang; il ne s'en écoula pas davantage depuis lors. Quatre jours après, on remarquait déjà un changement dans la coloration de la face de la malade, les pommettes avaient pris une teinte légère de rose. Mais en même temps arriva un symptôme qu'avait annoncé à la malade M. Dupuytren, des bourdonnemens dans les oreilles, effet qui a toujours lieu dans les pertes considérables. Des sinapismes placés à la partie interne des cuisses suffirent pour faire disparaître cette incommodité. Depuis ce moment la malade s'est toujours bien portée, a repris de la force, de la gaîté, et n'a pas perdu une seule goutte de sang.

Elle sort le 9 juillet dans l'état le plus satisfaisant, conservant encore néanmoins une assez forte pâleur.

Élisabeth Tarcois, âgée de quarante-neuf ans, couturière, entra à l'Hôtel-Dieu, et fut couchée salle Saint-Jean, le 10 décembre 1823. Cette femme, d'un tempérament lymphatique, régulièrement réglée, n'a jamais eu d'enfans ni aucune maladie du vagin ou de l'utérus.

Dans le courant du mois d'août dernier, elle eut une perte abondante qui dura plusieurs jours; bientôt elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le vagin. Quelques jours après, cette tumeur se présenta à la vulve, et fit bientôt saillie entre les grandes lèvres. La malade se plaint de douleurs dans le ventre, de tiraillemens dans les aines, d'écoulemens en blanc, de pesanteur au fondement, de difficultés et de douleurs en allant à la garde-robe. A son entrée a l'hôpital, Élisabeth Tarcois était dans l'état suivant :

Tumeur dans le vagin, rugueuse, rougeâtre, dure, ulcérée dans divers points. Le doigt introduit dans ce canal pouvait facilement en circonscrire le pédicule qui était fortement embrassé par le col de la matrice, qui lui formait une espèce d'anneau, de manière qu'il n'y avait aucun doute que la tumeur ne prit son origine de l'intérieur même de l'utérus. La santé de la malade étant parfaite, l'opération fut pratiquée le 13 décembre de la manière suivante : La malade fut placée sur un lit, comme pour l'opération de la taille, les jambes et les cuisses écartées et maintenues, fixées par des aides. M. Dupuytren, placé entre les jambes de la malade, saisit le polype avec des pinces de Museux, et l'attira au-dehors. A mesure que la tumeur avançait, on la saisissait avec d'autres pinces, et ainsi successivement, de sorte que bientôt le col de la matrice parut à la vulve; il fut incisé, de dedans en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné; et à l'aide de forts ciseaux courbes sur le plat, M. Dupuytren put aller couper dans l'utérus le pédicule du polype; il n'y eut, après cette section, aucun écoulement de sang, et la matrice remonta aussitôt dans le vagin.

La tumeur examinée offrit les caractères suivans : Elle était d'un tissu dur, dense, élastique, grisâtre, criant sous le bistouri; son intérieur offrait une cavité assez considérable, sur les parois de laquelle se remarquaient des colonnes fibreuses dont la disposition était en tout analogue à celles du cœur. Quelques points commençaient à dégénérer.

La malade n'éprouva aucun accident après l'opération; les douleurs dans les reins, les écoulemens en blanc, en rouge, disparurent. Le 22, la malade, qui depuis plusieurs jours n'avait pas été à la garde-robe, pressée par le besoin, fit de violens efforts pour y satisfaire, qui déterminèrent un petit écoulement de sang qui dura plusieurs jours.

Le 6 janvier, elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Marie-Louise Tellier, âgée de cinquante-et-un ans, fruitière, mère de deux enfans dont le plus jeune a dix ans; bien portante et très bien réglée avant l'invasion de la maladie dont elle est actuellement affectée, et livrée habituellement à des travaux assez pénibles, commença, il y a neuf ans et demi, à éprouver des dérangemens dans la menstruation : l'écoulement sanguin avait lieu tantôt à quinze jours, tantôt à un mois, tantôt même à deux mois de distance du précédent, et était chaque fois suivi d'un écoulement muqueux qui durait quelques jours. Sa santé générale n'était pas altérée, et elle continuait à se livrer aux travaux de sa profession. Au bout de six ans, elle sentit dans le fond du conduit vulvo-utérin une tumeur qui, lorsqu'elle faisait des efforts, s'abaissait et se rapprochait de la vulve. Il s'établit un écoulement continuel d'un liquide roussâtre, fétide, la santé générale de la malade s'altéra; elle devint maigre et pâle. La tumeur, par ses progrès, finit par atteindre le niveau de l'orifice inférieur du vagin, et la compression qu'elle exerçait sur le rectum gênait considérablement la défécation. Lorsque la malade voulait satisfaire à ce besoin, il fallait qu'elle la soutînt fortement.

Le 4 mai 1826, dans un de ces efforts, la tumeur sortit tout à coup, accompagnée de l'écoulement d'une assez grande quantité de sang et d'une douleur dans la région lombaire. Le 18 mai, elle entra à l'Hôtel-Dieu. Embonpoint médiocre, teint pâle, peau d'une couleur jaune de paille, yeux cernés, pouls faible et un peu fréquent, faiblesse

assez grande. La partie supérieure de l'intervalle que laissent entre elles les cuisses, était occupée par une masse polypeuse arrondie en forme de champignon renversé, ayant un demi-pied de diamètre et trois pouces d'épaisseur, offrant une surface bosselée. Sa face supérieure offrait une espèce d'ombilic d'où s'élevait un pédicule d'un pouce de diamètre, apparent au-dehors de deux pouces, et occupant toute la longueur du vagin. Le doigt introduit dans ce canal ne pouvait l'explorer qu'avec beaucoup de difficultés vu le volume de ce pédicule; il s'enfonçait à deux ou trois pouces de profondeur, et rencontrait un cul-de-sac circulaire embrassant la partie la plus reculée de ce pédicule, sans qu'il fût possible de distinguer les lèvres du col de l'utérus. Le caractère de cette tumeur était évident. Mais où finissait le pédicule du polype? Quel était le lieu de son implantation? Quels changemens de rapports avait subis l'utérus? Toutes ces questions importantes ne pouvaient être résolues.

Le lendemain, *M. Dupuytren* procéda à son ablation de la manière suivante: La malade était placée sur un lit un peu élévé, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, une anse de fil fut portée sur son pédicule, aussi haut que possible, les deux chefs en furent engagés dans l'anneau du serre-nœud de Desault, sans exercer aucune constriction sur le pédicule. Celui-ci fut coupé au niveau de l'orifice inférieur du vagin, avec de gros ciseaux courbes sur leur plat. Un léger écoulement de sang, fourni par deux artérioles, ne tarda pas à s'arrêter. La malade fut reportée à son lit et surveillée attentivement, afin que, si l'écoulement sanguin reparaissait, la ligature fût resserrée. Dans la journée, il ne survint aucun écoulement de sang; mais la malade fut continuellement dans un état voisin de la syncope (infusions de tilleul et d'oranger).

L'examen du polype fit reconnaitre au centre de la tumeur un tissu fibreux et squirrheux, offrant un faisceau central qui se continuait avec le pédicule; à la circonférence, dans un pouce d'épaisseur, un tissu rouge très-vasculaire où se voyaient beaucoup de veines: quelques-unes avaient le volume d'une plume de corbeau. La consistance de ce tissu allait en diminuant du centre à la circonférence. Quelques portions extérieures étaient très-molles et sur le point de s'ulcérer.

La surface extérieure de la tumeur offrait une membrane mince, floconneuse et formée par du tissu cellullaire. Le pédicule avait la même organisation, si ce n'est que le tissu squirrheux y prédominait beaucoup plus. Son centre était traversé par une artériole d'un assez fort calibre, qui, dans son trajet, donnait beaucoup de rameaux latéraux, et finissait par se perdre dans le corps du polype.

Je reviens à la malade. Pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, elle fut tonjours pâle, faible, ayant le pouls petit et fréquent, pas de sommeil, un peu de dévoiement; le pédicule du polype devint le siége d'un gonflement inflammatoire qui doubla son volume. Sa surface était le siége d'une suppuration peu abondante, mais dont l'écoulement continuel incommodait la malade et excoriait la partie supérieure des cuisses et le périnée, malgré les lotions fréquentes que l'on pratiquait afin d'empêcher son séjour sur la peau.

Le vingt et unième jour, le volume du pédicule commençant à diminuer, on put, sans causer de douleur à la malade, établir un bandage compressif qui le disposât peu à peu à remonter dans le vagin. Deux jours après l'emploi de ce moyen, la malade ayant essayé de repousser un peu fortement le pédicule, celui-ci remonta tout-à-coup et se plaça à une hauteur telle, qu'on ne le sentait plus en introduisant l'indicateur au fond du vagin.

La malade, commençant à recouvrer de l'appétit et des forces, et le pédicule du polype ne fournissant du reste presque plus de suppuration, demanda à sortir de l'hôpital le 14 juin, vingt-sixième jour de son entrée. Il nous a été impossible d'avoir sur le compte de cette malade des renseignemens depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Ce pédicule sera-t-il cause d'une récidive, d'une dégénérescence? Cela est fort possible.

Louise Porteau, âgée de quarante-cinq ans, journalière, d'une forte constitution, ayant eu trois enfans, dont le plus jeune a dix-huit ans, commença, il y a six mois, à éprouver des dérangemens dans la menstruation, auxquels succédèrent des hémorrhagies utérines abondantes et répétées. Plus tard, il se joignit à ces symptômes un état permanent de gêne et de pesanteur dans la région hypogastrique. Il y a un an que la malade s'apercut qu'une tumeur se développait dans cette région. cette tumeur s'accrut lentement, et finit par faire saillie dans le vagin. Pendant la marche et les exercices fatigans une partie devenait apparente à la vulve; l'écoulement sanguin était souvent remplacé par un liquide purulent, sanieux et fétide; enfin deux mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, il s'y joignit des douleurs très-vives dans le bas-ventre et dans les reins. A son entrée, le 24 mai 1826, elle avait encore assez d'embonpoint; la peau était d'une couleur jaune; la malade éprouvait dans la région lombaire, à l'hypograstre, des douleurs assez vives. La partie inférieure de l'abdomen était occupée par une tumeur arrondie qui s'étendait jusqu'à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dépassait un peu la vulve. Ce qui paraissait au-dehors était grisâtre, dur, arrondi, de consistance fibreuse. Le lendemain, les douleurs s'accrurent, et les contractions utérines déterminèrent, pendant la nuit, l'expulsion d'une masse polypeuse d'un volume égal à celui d'un fœtus à terme, pourvu d'un pédicule d'un pouce et demi de diamètre, dont la racine ne put être atteinte par l'index indroduit dans le vagin. Cette espèce d'accouchement mit terme aux douleurs, et elle ne fut plus incommodée que par l'odeur fétide qui s'exhalait de la tumeur. Le lendemain, M. Dupuytren pratiqua l'excision de son pédicule à l'aide de forts ciseaux, après avoir cependant porté autour de lui une anse de fil de soie triple, prête à être serrée dans le cas où il surviendrait un écoulement de sang. A peine le pédicule fut-il coupé, qu'on vit sortir une assez grande quantité de sang noir et veineux, et l'on put s'assurer bientôt après que ce liquide ne venait pas de la partie supérieure du pédicule, mais qu'il se dégorgeait de la tumeur. La quantité put être évaluée à deux palettes environ. La malade fut reportée à son lit; une éponge fine fut placée à l'entrée du vagin, et les cuisses furent tenues rapprochées.

La tumeur pesait cinq livres et demie. Elle avait une forme ovoïde dont le grand diamètre était de dix pouces, et le

petit de cinq pouces et demi ; la petite extrémité était celle qui avait occupé le vagin et fait saillie au-dehors : elle avait une couleur grisâtre et une odeur fétide. La tumeur divisée offrait un tissu fibreux, jaunâtre, dense, résistant, criant sous le bistouri ; à l'extérieur, une enveloppe fibreuse la recouvrait, et était sillonnée par un grand nombre de veines dilatées.

Le jour de l'opération se passa bien, sans douleur, sans accidens nerveux, sans écoulement de sang. Bientôt l'appétit, les forces, revinrent ; les écoulemens en rouge, en blanc avaient cessé, et la malade demanda à sortir le dixième jour de l'opération. Le toucher, pratiqué à cette époque, fit reconnaître entre les lèvres du museau de tanche un petit moignon arrondi et comme flétri, qui était évidemment le reste du pédicule ; l'utérus n'était pas encore complétement revenu sur lui-même, et formait encore une tumeur arrondie qui dépassait le bord du pubis.

Grigue (*Marie-Madeleine*), âgée de quarante-cinq ans, d'une constitution lymphatique, réglée à dix ans, mère de trois enfans à dix-huit ans, avait joui d'une très-bonne santé jusqu'à sa trente-sixième année, époque à laquelle elle éprouva des pertes en rouge d'abord peu considérables et revenant à des intervalles éloignés, puis abondantes et plus fréquentes ; bientôt un écoulement en blanc s'établit. Les premiers symptômes inquiétèrent la malade ; elle vint à l'Hôtel-Dieu consulter M. Dupuytren, qui toucha la malade et reconnut facilement dans le vagin la présence d'un polype. Elle désira entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise le 15 juillet 1825.

Le lendemain, à la visite, elle était dans l'état suivant : visage pâle, bouffi et pour ainsi dire transparent, comme celui de toutes les femmes affectées de pertes utérines ; inappétence, écoulement involontaire des urines, douleurs insupportables dans les reins, sentiment d'un poids incommode dans le petit bassin, tiraillement dans les aines, crampes continuelles dans les membres inférieurs, écoulement d'un liquide sanguino-purulent très-fétide par les parties génitales ; en y introduisant le doigt, on sentait aussitôt un corps rond, résistant, pédiculé, et dont la partie supérieure était fortement embrassée par le col de la matrice. Cette réunion de symptômes ne laissait aucun doute sur la nature du mal : c'était un polype fibreux.

La malade fut placée sur le bord de son lit, dans la position des malades qu'on opère de la pierre. Un aide ayant écarté les parties extérieures de la génération, le polype fut saisi à l'aide de fortes pinces de Museux ; attiré au-dehors de cette manière, le pédicule arriva presqu'à l'entrée de la vulve ; alors, à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat, le pédicule fut coupé en deux ou trois coups sans qu'il s'écoulât presque de sang. L'opération dura fort peu de temps ; la malade n'éprouva presque pas de douleurs. On la porta dans la salle, elle fut mise à la diète, et à l'usage de boissons émollientes et nitrées. La journée se passa fort bien ; pas d'accidens nerveux, pas d'écoulement de sang, pas de douleurs, seulement un peu de cuisson en urinant. Le lendemain, la malade a reposé ; son bon état continue. Le troisième jour, léger mouvement fébrile ; la suppuration est établie ; elle n'a pas l'odeur fétide qu'avaient les écoulemens en blanc (même prescription ; on permet du bouillon). Les règles surviennent le cinquième jour, comme dans l'état de santé le plus parfait ; elles durent six jours, et le onzième la malade sort guérie, n'ayant ni écoulement en rouge, non plus qu'en blanc, et débarrassée de ses douleurs.

Le polype examiné, était à la surface d'un rouge livide ; la base présentait quelques bosselures ; le pédicule était revenu sur lui-même, et n'avait que quelques lignes de hauteur sur un pouce de diamètre. Quant au corps du polype, il avait trois pouces et demi de haut sur deux de large. En coupant cette tumeur, elle criait sous le bistouri ; elle était dure, blanche et toute fibreuse, et analogue aux cartilages intervertébraux. PAILLARD ET MARX.

SPÉCULUM BRISÉ, HYSTÉROMÈTRE ET PORTE-LIGATURE,

Présenté à l'Académie royale de Médecine, le mardi 7 janvier 1834, par PHILIPPE RICORD, chirurgien à l'Hôpital des Vénériens.

Le spéculum, qui certes n'est pas une invention moderne, semble cependant appartenir à notre époque. Tombé presque en désuétude dans les temps passés, c'est de nos jours qu'il a repris la place importante qu'il doit occuper dans nos arsenaux. Aussi, dans l'usage journalier qu'on en fait, a-t-il subi de nombreuses modifications, dont beaucoup ne sont pas de purs caprices, mais de véritables perfections.

En présentant à l'Académie une nouvelle forme de cet instrument mon intention n'est pas de passer en revue tout ce qui a été fait avant moi, et d'en faire le parallèle ; je veux seulement rappeler quelques-unes des raisons qui m'ont fait adopter le spéculum que j'ai si souvent occasion d'appliquer dans mon service de l'Hôpital des Vénériens, d'après les nouveaux principes que j'ai eu l'honneur de développer à l'Académie, dans un premier mémoire qu'elle a bien voulu insérer dans la collection de ses travaux.

Autant que possible, il faut en chirurgie diminuer nos instrumens, déjà trop nombreux. D'après ce principe, toutes les fois qu'un seul instrument pourra remplir plusieurs indications, et rendre inutile un appareil compliqué, il n'en sera que plus parfait. C'est d'après cette manière de voir que j'ai fait construire mon spéculum, afin qu'il pût servir à tous les cas, et que je viens même aujourd'hui de lui donner une nouvelle attribution.

Le spéculum dont je mesers est un spéculum brisé bivalve ; je n'emploie plus de spéculums pleins, dont l'introduction est plus difficile et plus douloureuse (quoi qu'on puisse dire), et qui doivent être de calibres différens, selon l'étendue ou le développement des organes qu'on a à examiner, qui sont tantôt trop grands pour l'anneau vulvaire, tantôt trop petits pour embrasser le museau de tanche *et vice versâ*, et qui, en sus de ces inconvéniens, ne peuvent pas encore servir à toutes les opérations ; tandis que le spéculum bivalve bien fait, passe seul partout, permet l'exploration du vagin, du col de la matrice, et les différentes opérations qu'on a à y pratiquer : ce qui probablement a fait conserver à quelques

praticiens bien recommandables, l'usage des spéculums pleins dont ils sont obligés alors d'avoir de nombreux numéros, c'est la mauvaise confection et les imperfections des spéculums brisés ordinaires ; mais en faisant, pour cet instrument de l'éclectisme et en le composant des meilleures modifications apportées par quelques chirurgiens, je ne doute pas qu'on ne finisse par l'adopter d'une manière presque exclusive.

Un des grands inconvéniens des spéculums bivalves ordinaires, est la distension douloureuse de l'anneau vulvaire, et la contusion des parties molles, contre l'arcade du pubis. Cette faute, dans la construction de l'instrument, a été signalée et ingénieusement corrigée par mon ami M. le docteur Jobert, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis ; aussi me suis-je empressé d'adopter l'heureuse modification qui consiste à porter le point d'articulation sur les valves elles-mêmes et non sur leur manche, et à placer cette articulation au point de l'instrument qui correspond à l'anneau vulvaire, de telle façon que, quel que soit le degré de développement de l'instrument, ouvert ou fermé, cette partie sensible et résistante des organes de la femme, ne soit jamais tiraillée ou contuse contre les os voisins. En adoptant ce point fondamental du spéculum de M. Jobert, j'ai cru devoir conserver les manches des anciens spéculums, en leur donnant une longueur correspondante à la largeur de la main. Ces manches, quoi qu'en aient dit quelques personnes, sont d'une grande utilité non-seulement pour conduire l'instrument, mais encore pour le faire tenir par un aide, quand on a une opération à pratiquer, ou par la malade elle-même, dans la pratique privée, pour des cas ordinaires où les femmes ne veulent pas de témoins. Ces manches portent du reste une tige à vis, qui fixée à l'un d'eux traverse l'autre, et offre en même temps une échelle graduée en lignes et une virole, qui servent à fixer l'instrument et à marquer le degré d'écartement de l'extrémité utérine des valves, de manière à permettre la mesure du col de l'utérus. Pour la commodité du transport, j'ai fait construire des spéculums à manches brisés, qui se ploient sur le corps de l'instrument, qui alors n'offre pas plus de volume que les spéculums sans manches. J'en ai fait faire dans lesquels les manches se mettent ou s'ôtent à volonté. Du reste, à la partie des valves opposée au côté de l'articulation existe un écartement qui permet l'application d'airignes ou autres instrumens, et la possibilité ensuite d'enlever le spéculum en laissant ces instrumens en place.

Voilà le spéculum que j'employais pour l'examen de toutes les femmes de mon hôpital, dans les cas des maladies vénériennes et de toutes les affections du vagin et du museau de tanche, spéculum qui m'a servi aux différens cas d'amputations du col de la matrice ou des polypes qui se sont présentés soit dans mon service, soit dans ma pratique privée, et dont les plus curieux ont été publiés. Cependant ce spéculum m'a paru susceptible d'une nouvelle modification qui le rend propre à porter des ligatures sur les tumeurs utérines, ou autres qui peuvent être mises à découvert par cet instrument, et être liées. L'idée de cette modification m'est venue, il y a quinze jours, en pratiquant l'extirpation d'un énorme fungus de la matrice, sur lequel les crochets et les airignes n'avaient aucune prise, à cause de la mollesse des tissus, fungus que j'embrassai très-bien avec le spéculum, qui arrivait jusqu'au cul-de-sac *péri-uterin*, et sur lequel j'aurais voulu porter ma ligature pour l'entraîner au-dehors, comme cela m'avait réussi quelque temps auparavant sur une malade opérée avec un plein succès, à ma maison de santé, et dont l'observation et le procédé opératoire ont été publiés dans la Lancette française ; mais qui, quelque soin que je prisse, en me servant des différens instrumens, et entr'autres des porte-ligatures de Desault, n'a pu être entouré d'un fil métallique ou autre, tandis que, je le répète, mon spéculum pouvait complétement l'embrasser. La modification que j'ai fait subir à mon spéculum, à cette occasion, consiste en un sillon placé à l'extrémité utérine des valves, sillon à lèvre interne d'un quart de ligne plus longue que la lèvre externe et destiné à recevoir les côtés de l'anse de la ligature qu'il loge ; la partie moyenne de cette anse, correspondant à un côté de l'écartement des valves ; tandis que, de l'autre, les chefs se croisent en passant sur la partie moyenne de l'instrument, d'une valve à l'autre, pour empêcher le déplacement, et viennent se fixer l'un d'un côté à l'aide de la virole placée sur l'échelle à vis, dont nous avons parlé plus haut, et l'autre à la main de l'opérateur qui le tire ou le relâche selon qu'il retrécit ou écarte l'extrémité utérine de l'instrument.

Ce sillon, qui ne complique en aucune manière le spéculum, est susceptible de modifications, telle que d'être fermé par une petite pièce de rapport dans les cas où le spéculum doit servir à d'autres usages : il pourrait aussi être placé sur une pièce séparée qui s'ajouterait au spéculum, quand on en aurait besoin, etc. ; mais ce seraient des complications dans l'instrument, et nous préférons celui que nous avons présenté, qui est beaucoup plus simple.

Du reste, la ligature portée autour de la tumeur à lier, est on ne peut pas plus facilement laissée en place à l'aide du serre-nœud de Graaff, dans lequel on engage les extrémités des deux chefs, et qui poussé jusqu'à la tumeur qu'il étreint, permet de retirer le spéculum. Dans les cas de tumeur un peu volumineuse, les diamètres de l'écartement de la ligature à l'aide des valves du spéculum n'étant pas égaux, on peut avec l'extrémité du serre-nœud lui-même, ou avec toute autre tige, pousser la ligature et l'élargir dans le point le plus étroit. Au lieu du sillon décrit plus haut, la ligature peut être portée par deux petites échancrures pratiquées près des angles des extrémités utérines du spéculum.

On pourrait encore, dans ces cas, avoir deux ligatures séparées portées chacune par une valve seulement, alors il faudrait deux serre-nœuds au lieu d'un, placés sur les deux côtés opposés du spéculum, et chargés, chacun, de réunir l'un des chefs de la ligature d'un côté au chef correspondant de la ligature de l'autre côté. Le spéculum peut encore servir à porter une ligature sur une tumeur qu'il aurait embrassée, en l'entourant, après qu'il serait placé, d'une ligature lâche à son extrémité externe et poussée ensuite à l'aide du serre-nœud le long de ses valves jusques sur la tumeur.

Pour terminer, je dois ajouter que la méthode d'après laquelle j'applique mon spéculum et qui n'est pas indifférente, ainsi que je l'ai prouvé, je crois, dans un autre travail, fait que je rejette complétement les embouts qui deviennent inu-

tiles, et que l'extrémité de mon spéculum, pourvu que les valves puissent un peu chevaucher l'une sûr l'autre et s'aplatir pour offrir le moins d'étendu possible, pénètre avec la plus grande facilité et franchit l'anneau vulvaire, le point le plus difficile, sans peine et sans douleur.

Quant à l'inconvénient de la chute du vagin dans l'écartement des valves, il est de peu d'importance, et n'arrive pas une fois sur cent lorsque l'instrument est bien appliqué; du reste on pourrait l'éviter, comme on l'a fait, par l'addition de lames qui, en suivant le développement de l'instrument, en font un spéculum plein qui jouit de tous les avantages du spéculum brisé.

APHORISMES CLINIQUES SUR LA SCARLATINE.

Causes, symptômes, marche.

Alphorisme 1er. La scarlatine vient naturellement se ranger dans l'ordre des exanthèmes cutanés. Comme la petite vérole et la rougeole, elle se transmet par une contagion particulière. Aucun âge ne met à l'abri de ses atteintes le sujet qui n'en a pas encore été affecté; et si les enfans sont plus exposés que les adules à la contracter, ce n'est pas seulement parce que dans l'âge tendre l'absorption est plus active et la transmission des affections contagieuses plus facile, mais surtout aussi parce que les enfans n'ont point encore payé leur tribut à cette maladie.

2. Les retours de cette affection épidémique dans nos proprovinces sont beaucoup plus rares que ceux de la rougeole, et surtout plus rares que ne l'étaient ceux de la variole, avant la découverte de la vaccine.

3. Le séjour de la scarlatine épidémique dans une localité peu étendue et aussi beaucoup plus prolongé que celui des autres exanthèmes, l'affection cessant et se reproduisant à d'assez longs intervalles, la maladie étant fréquemment reportée dans les lieux qu'elle a déjà parcourus par les diverses relations qu'entraine la vie civile.

4. La fièvre qui précède l'éruption scarlatineuse et continue ou vaguement rémittente, accompagnée de frisson, quelquefois de vomissement et de diarrhée, variable dans sa durée. Rarement le premier jour, le plus souvent le second, la déglutition devient pénible, les tonsilles se tuméfient, le pharynx rougit, les ganglions lymphatiques cervicaux et sous-maxillaires se gonflent et deviennent douloureux.

Du premier au cinquième jour, le plus souvent le troisième paraît l'éruption scarlatineuse.

5. Plus qu'aucune autre phlegmasie exanthématique la scarlatine varie dans son intensité. Tantôt extrêmement bénigne, cette maladie se réduit à une légère indisposition, tantôt extrêmement grave, elle n'est pas moins meurtrière que la peste.

Non-seulement sous ce rapport les différences les plus frappantes peuvent être remarquées dans les diverses épidémies qui se succèdent dans le même lieu, on les observe encore pendant le cours de la même épidémie dans le même temps, dans la même saison, dans la même localité, dans la même famille.

6. A un jour indéterminé de la fièvre, on aperçoit d'abord quelques taches qui, en s'étendant et en se réunissant par plaques, prennent une teinte framboisée qui varie suivant que la peau reste plus ou moins exposée au contact de l'air. Généralement les taches dont la circonscription n'est pas bien déterminée acquièrent une teinte plus foncée sur les parties latérales du cou, sur le devant de la poitrine, ensuite sur les poignets, sur les avant-bras, et enfin sur les coudepieds. Un prurit incommode accompagne l'apparition des taches. Assez souvent on voit s'élever sur les régions qui viennent d'être indiquées de petites vésicules saillantes, pointues, qui se remplissent de véritable pus, et deviennent d'un blanc mat.

7. Dès le troisième jour de l'éruption, la rougeur scarlatineuse commence à palir sur les régions qui en ont d'abord été affectées. A une époque indéterminée l'épiderme tombe par petites ou par larges écailles, et il n'est pas rare de voir celui qui recouvre les pieds et les mains se soulever d'une seule pièce et se détacher par lambeaux.

8. Dès le début de la maladie, les caractères qui distinguent la scarlatine maligne de la scarlatine bénigne commencent à se prononcer. Dans la scarlatine maligne un trouble extrême dans la circulation peut déjà être observé, le pouls est à la fois fréquent, irrégulier, difficile à compter; le rhythme de la respiration n'est pas moins altéré. Les fonctions du canal digestif sont perverties, et d'énormes vomissemens accompagnent une diarrhée continuelle; le délire qui survient en même temps que les désordres de l'innervation qui s'aggravent de plus en plus, présagent le danger d'une terminaison funeste.

9. Souvent l'intensité de la phlegmasie cutanée ne correspond point à la gravité des symptômes qui viennent d'être énumérés. On n'observe point non plus un rapport constant entre le danger de la maladie et la gravité de l'angine scarlatineuse.

10. L'apyrexie succédant à l'éruption et la gêne de la déglutition devenant aussi moins douloureuse, une convalescence aussi prompte que facile termine la scarlatine bénigne.

11. Les malades qui échappent au danger de la scarlatine maligne ne sont pas encore à l'abri des conséquences de cette pyrexie exanthématique. Une profonde altération des liquides, la décoloration et la liquéfaction du sang les disposent à l'anasarque, à l'œdème des poumons, à des convulsions semblables à celles de l'épilepsie, qui surviennent après le sommeil, et paraissent produites par un afflux soudain de sérosité dans les cavités encéphaliques.

Presque toujours les urines présentent un aspect remarquable pendant la durée de l'œdème qui succède à la scarlatine; elles contractent une couleur fauve, très-foncée, due au mélange d'une portion de cruor altéré dans sa couleur, et qui s'en sépare par le repos.

12. La phlegmasie qui, pendant la durée de la scarlatine affecte les narines, la bouche et le pharynx, de même nature que l'inflammation exanthématique du derme, et seulement modifié par la texture de l'organe tégumentaire, se distingue de toute autre par des caractères qui lui sont propres.

13. La plus ou moins grande tenuité de l'épithélium laissant apercevoir plus ou moins promptement la phlogose du tissu muqueux, c'est sur les tonsilles et le voile du palais et les gencives que se montre d'abord la rougeur exanthématique. Une exsudation couenneuse plus ou moins étendue, qui ne tarde pas à succéder à une érosion superficielle, recouvre les tonsilles et simule des escharres. Si l'inflammation du voile du palais devient assez vive pour déterminer une sécrétion morbide, cette sécrétion forme à la surface de la membrane muqueuse une couche de matière blanche caséiforme, qui n'acquiert point la consistance d'une fausse membrane. Quelquefois un enduit couenneux recouvre aussi les excoriations qui, dans le même temps, surviennent à l'orifice des narines. De même que dans l'angine maligne, cet enduit, en se putréfiant peut offrir l'aspect d'une lésion gangréneuse. de là tant d'erreurs de diagnostic et la confusion de deux maladies qui, l'une et l'autre fort meurtrières, n'exposent pas cependant à la même espèce de danger.

La langue étant recouverte d'un épithélium plus épais, ce n'est qu'à une époque plus avancée de la maladie que sa rougeur se prononce, ce n'est même qu'au moment où sa tunique épidermoïde est en partie détruite qu'elle prend une teinte rouge foncée très-particulière, et qu'on n'observe dans aucune autre maladie (1). Cette teinte n'exclut ni la sécheresse ni les autres modifications dont sa surface dénudée est susceptible.

14. Souvent, dans le cours d'une épidémie scarlatine, on voit se développer l'angine qui vient d'être décrite, sans qu'aucune éruption exanthématique se montre à la surface de la peau (dans ce cas-là même des caractères spécifiques distinguent encore l'angine scarlatineuse de l'angine maligne.)

Assez fréquemment l'inflammation des ganglions lymphatiques cervicaux continuant à s'accroître, se termine par suppuration. Cette lésion des ganglions lymphatiques constitue de véritables bubons scarlatineux.

15. Si grave que soit l'inflammation scarlatineuse du pharynx, ce n'est point à cette lésion morbide que généralement la mort peut être imputée. Un grand nombre de sujets échappent aux dangers de la scarlatine, quelle que soit l'intensité de l'inflammation de l'arrière-bouche, tandis que d'autres succombent sans que le mal de gorge ait été un symptôme notable de la maladie.

Anatomie morbide.

16. Il est peu de pyrexies à la suite desquelles on découvre moins de lésions appréciables, et, il faut le dire, aucune de celles que l'on rencontre ne montre, dans la majorité des cas, la cause de la mort. Presque toujours le sang, inégalement réparti dans les trois cavités splanchniques, abonde dans la tête, surabonde dans le thorax, et manque dans l'abdomen. Mais aucune lésion inflammatoire n'accompagne la congestion sanguine, et souvent, pendant la vie, aucun désordre fonctionnel n'avait indiqué la lésion des viscères dans lesquels le sang se trouve ainsi accumulé.

Des recherches nécroscopiques multipliées m'ont démontré que la tuméfaction généralement attribuée aux parotides et aux autres glandes salivaires, avait uniquement son siége dans les ganglions lymphatiques qui correspondent au pharynx.

Aucun examen authentique n'a jusqu'ici constaté que l'inflammation scarlatineuse se soit profondément étendue dans les canaux aérifères.

Pendant la durée de l'épidémie scarlatine qui s'est propagée dans le département d'Indre-et-Loire, depuis 1824 jusqu'en 1828, une altération morbide observée à la suite de quelques autres pyrexies, a été aussi rencontrée dans les cadavres de quelques individus enlevés par la scarlatine.

La plèvre diaphragmatique, les replis de cette membrane séreuse qui forment le médiastin, la plèvre pulmonaire elle-même, le péritoine, se sont trouvés d'une aridité remarquable; dans plusieurs points cette aridité était comparable à celle qui est le résultat du contact prolongé de l'air; on eût dit que chacune de ces cavités splanchniques largement ouverte était restée, pendant quelques heures, exposée à son action.

Pronostic.

17. Des vomissemens répétés et prolongés; la diarrhée qui se montre dès le début de la maladie, la fréquence, la petitesse et l'irrégularité du pouls, présagent un grand danger. Le délire, l'intensité de l'inflammation couenneuse du pharynx, la rougeur foncée et la chaleur brûlante de la peau ou l'abaissement de sa température, sa lividité, celle des lèvres, une grande anxiété, la rétrocession de l'éruption, la persévérance des vomissemens et de la diarrhée, la dyspnée, sont autant de symptômes graves qui feront d'autant plus redouter l'issue funeste de la maladie, qu'ils se trouveront réunis en plus grand nombre.

Traitement.

18. On voit combien doivent différer les résultats des mêmes moyens thérapeutiques lorsqu'ils sont opposés à une maladie aussi variable que la scarlatine. De là tant d'assertions vraies, et cependant contradictoires; de là la difficulté d'apprécier la valeur des médications qui tour à tour ont été blâmées et préconisées.

19. Les émissions sanguines générales et locales, les scarifications des tonsilles, les vomitifs et les purgatifs, les stimulans diffusibles, les affusions froides, également improuvées et recommandées, n'ont certainement point toute l'influence qui leur a été attribuée sur l'issue de la scarlatine.

20. Il est facile de comprendre, d'après ce qui a été dit précédemment, que la même médication ne peut convenir ni aux diverses modifications de cette maladie ni à ses phases successives. Si les affusions, en tempérant la chaleur de la peau, en modérant une exhalation trop active, en prévenant le desséchement des surfaces viscérales, sont instantanément suivies d'un mieux être général, peut-on en attendre un résultat aussi favorable dans des conditions opposées.

---

(1) Dans les maladies aphtheuses elle offre quelquefois une teinte analogue.

En admettant que les émissions sanguines puissent être quelquefois motivées par l'intensité de la réaction fébrile, il reste démontré, pour un grand nombre de praticiens, que ces cas sont beaucoup plus rares que les apparences ne semblent l'indiquer.

Fréquemment la liquéfaction et la décoloration du sang sont les conséquences de la scarlatine grave, et on ne peut se dissimuler que cette altération ne soit favorisée par les émissions sanguines.

21. Quel que soit le mode d'action des purgatifs donnés à faibles doses et de manière à ne pas provoquer au-delà de deux ou trois évacuations en vingt-quatre heures, on voit pendant leur usage les symptômes graves se modérer. Un grain de calomel, uni à trois ou quatre grains de jalap (et cette dose réitérée deux, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures), produit ordinairement l'effet désiré. Il ne faut pas oublier les dangereux effets que ce médicament peut produire lorsqu'il est absorbé. Il est donc prudent d'administrer une potion saline toutes les fois qu'il manque à exercer son action purgative.

Les sels neutres, à doses réfractées, tout en provoquant momentanément quelques évacuations abondantes, offrent un moyen de modérer la diarrhée.

Les vomitifs, généralement employés au début de la scarlatine vers la fin du dernier siècle, sont tombés dans un discrédit qui peut-être n'est pas plus mérité que la confiance qu'on leur avait accordée.

BRETONNEAU,
Médecin en chef de l'hôpital de Tours.

LIGATURE DE L'ARTÈRE RADIALE.

Monsieur le rédacteur.

Les deux observations sur les blessures de l'artère radiale guéries par des moyens différens, que j'ai lues dans votre numéro de mars, m'en rappellent quelques autres que je me fais un plaisir de vous adresser à l'occasion de mon abonnement. Vous pouvez le publier. Ce sont de ces tout petits faits que je ne vous donne que pour ce qu'ils valent, sans y attacher beaucoup d'importance, parce que tous les jours il doit s'en passer d'à peu près semblables. Toutefois votre entreprise scientifique est tellement utile et digne d'encouragement que tous les médecins, qui n'ont pas un intérêt opposé, devraient la faciliter par tous les moyens qui sont en leur pouvoir.

Or, pour arriver au fait, je me souviens que, dans ma jeunesse, étant de garde dans le fort de Rochefort, sous les ordres du chirurgien-major de l'expédition de Bougainville, ce qui indique qu'il y a déjà quelque temps, un forçat, en taillant une pierre assez dure, en fit sauter un éclat qui lui ouvrit l'artère radiale gauche au poignet. Le sang s'élança aussitôt, rouge, rutilant et par saccade; cet homme l'arrêta par la compression avec la main opposée. Mais en venant se faire panser, il ne put résister à l'espièglerie d'en faire jaillir à la figure de ses camarades au milieu desquels il passait. C'était, il faut en convenir, un double preuve d'insouciance qu'il donnait là et comme forçat et comme blessé. L'ouverture de la plaie était étroite et nette, je fis une compression directe, je plaçai sur le trajet de l'artère une compresse longue et graduée en maitenant le tout par des tours de bande assez serrés. L'hémorrhagie s'arrêta et sans aucun autre moyen le malade fut guéri dans cinq à six jours.

Plus tard, je devins à mon tour chirurgien-major, et, naviguant comme tel dans les parages orageux du cap de Bonne-Espérance, nous eûmes pendant quinze jours des temps affreux en passant sur le banc des Aiguilles. Un brave officier, vrai type de marin (1), fut précipité dans un violent coup de roulis contre une porte vitrée. Plusieurs morceaux de verre lui entrèrent profondément dans la paume de la main. Le sang sortait avec abondance et tout indiquait qu'une des arcades palmaires avait été ouverte. J'enlevai tout le verre que je pus apercevoir ou sentir, j'arrêtai le sang par une compression directe, modérée, aidée par des compresses graduées, appliquées sur la radiale et la brachiale. M'étant ainsi rendu maître de l'hémorrhagie, j'attendis, non sans crainte, les événemens et la fin de la tempête. Car j'avais, comme chacun sait, plus d'une sorte d'accidens à redouter. Il n'en survint aucun. La diète et des fomentations résolutives opiacées aidèrent à la guérison qui eut lieu dans huit ou dix jours. Deux mois après, une esquille de verre, d'environ trois à quatre lignes de longueur, pointa perpendiculairement au milieu de la main, sans douleur et sans aucune suppuration; elle fut retirée à l'aide de la pointe d'une lancette sans qu'il sortît de sang. Depuis ce temps, M. L...x, n'a rien ressenti d'une blessure qui pouvait être très-grave.

Une autre fois, après un terrible coup de vent reçu sous le cap Horn, nous allâmes nous perdre sur les îles Malouines. Sur ces plages désertes nous vivions, depuis plus d'un mois, d'animaux sauvages, sans trop savoir comment nous en sortirions, lorsqu'un navire baleinier américain vint nous tirer d'embarras. Bientôt après, une baleine étant venue s'échouer dans la baie où nous étions, ce bâtiment envoya du monde pour la dépécer et en faire de l'huile. Un des matelots travaillant à cela se divisa complétement, avec un grand coutelas, l'artère radiale au poignet. Ses compagnons furent obligés de faire plusieurs ligatures à l'avant-bras et au bras pour arrêter le sang, qui coula cependant avec assez d'abondance depuis le lieu de l'accident jusqu'à notre camp de naufragés, distant d'une demi-lieue. Comme je chassais ce jour-là pour la provision commune, j'arrivai fort tard sous la tente. Mon collègue me rendit compte de ce qui était survenu. Il avait, en attendant mon arrivée, fait une compression méthodique sur la brachiale. Le gonflement de tout le membre était considérable. Nous remîmes au lendemain à voir ce qu'il y aurait à faire, lorsque, dans la nuit, le tour-

---

(1) Il eut à s'acquitter d'une des plus périlleuses entreprises des temps modernes : un jour, Napoléon le lança sur la mer avec douze hommes dans un bateau que sa volonté fit construire en huit jours, pour porter des lettres à l'Ile-de-France. Cet officier échappa à l'ennemi, fit ses 3,600 lieues et arriva lors que la colonie était prise.

niquet s'étant dérangé, une hémorrhagie considérable survint qui nécessita la ligature immédiate de l'artère. Jamais je ne pus trouver le bout inférieur du vaisseau pour y placer une seconde ligature. A chaque instant, je mattendais à voir se renouveler l'hémorrhagie, et je me préparai moi-même à faire, à l'aide d'une aiguille, une ligature médiate; mais ce ne fut pas nécessaire. La guérison de la plaie de l'avant-bras fut assez longue à s'effectuer, ce qui nous fit emmener ce marin pour lui continuer nos soins. Il me fournit dans cette circonstance une nouvelle occasion d'étudier l'action du moral et de la volonté sur le physique, et cela sur moi-même. Bien que j'aie fait dans ma vie quelques soixante mille lieues sur l'Océan, je suis fortement tourmenté du mal de mer chaque fois que je sors du port. Je n'en fus point exempt alors, mais la nécessité d'aller panser mon malade me fit me roidir contre la plus accablante indisposition, qu'on ne peut réellement bien apprécier que quand on l'a éprouvée.

Vous trouverez peut-être, monsieur, que je suis un peu verbeux et que je fais plus d'un détour avant d'arriver au but; mais il y a assez d'aridité et de sécheresse dans nos descriptions de maladies pour faire pardonner les accessoires qui les animent: et puis, je me fais vieux et, comme les vieillards, j'aime à raconter longuement. S'il vous en plaît ainsi qu'à vos lecteurs, le soir, au coin de mon feu, j'exhumerai quelquefois de mes souvenirs certains faits relatifs à notre art, que j'ai vus par le monde et sous plus d'une *latitude*: quand ce ne serait que de l'Afrique aux îles Sandwich ou de la Nouvelle-Zélande à l'archipel d'Asie.

QUOY, *D. M.*

RECTIFICATION.

A Messieurs les Rédacteurs du *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales.*

Messieurs,

L'avant-dernier numéro de votre journal contient un article sur le *traitement des pertes de sang qui peuvent suivre l'accouchement*, dans lequel il s'est glissé une inexactitude qu'il est utile de rectifier. Je vous adresse cette rectification d'après les renseignemens que j'ai pris moi-même auprès de la sage-femme nommée par M. Baudelocque neveu, et du mari, veuf de l'accouchée.

Une jeune personne épouse à dix-huit ans M. Loulier, peintre en bâtimens, rue de Clichy. A trente-un ans, madame Loulier était enceinte pour la onzième fois, ayant eu dix filles qu'elle avait nourries et dont six lui restaient. Parvenue au septième mois de sa grossesse, elle est prise, la nuit, d'une perte de sang. Sa sage-femme accourt, et reconnaît que le placenta est inséré au col de la matrice. Elle s'empresse de comprimer en bourrant avec de la filasse, à défaut de charpie, le vagin jusque par-dessus la vulve, et soutient le tampon avec la main pendant plusieurs heures; mais le sang s'infiltre à travers l'appareil, et le moyen de compression ayant été renouvelé trois fois, la sage-femme appelle le médecin de la famille, le docteur Alphonse Martin, qui, vu l'imminence du danger, demande l'assistance de M. Baudelocque neveu. Ces messieurs trouvant un commencement de dilatation au col de la matrice, n'hésitent pas à faire l'accouchement. M. Baudelocque amène deux garçons vivans. Tandis que la sage-femme donne des soins aux deux nouveau-nés, la perte de sang récidive, malgré la délivrance. Alors M. Baudelocque emploie son moyen de compression: on plie un drap en plusieurs doubles pour lui donner la forme d'un carreau qu'on applique sur le ventre, puis on passe en longueur une nappe sur ce carreau autour de ventre, et les deux accoucheurs tirant par une extrémité en sens contraire, compriment, à tout risque, l'aorte et le ventre. La femme avait été couchée dans la supination, les cuisses à demi fléchies et la tête dans une position déclive. Au bout d'une heure, plus de perte de sang. On laisse la mère en repos dans la même situation jusqu'au soir, qu'on la porte dans un autre lit, et on se contente de soutenir le ventre avec un bandage de corps.

Le lendemain matin, l'accouchée était aussi bien que possible, et l'on pouvait concevoir des espérances. Mais le soir, il survint des douleurs de ventre, des épreintes, ensuite des selles fréquentes. Bientôt la fièvre s'alluma pour ne plus céder. Jamais la femme ne s'est rétablie, n'a pu s'occuper de ses enfans, ni de son ménage; elle prenait souvent des bains de siége qui lui procuraient un soulagement momentané. Passés deux mois, une tumeur inflammatoire se forma dans le flanc gauche et abcéda. Bref, madame Loulier *a fini par s'éteindre le 9 du mois d'avril* 1831.

Certainement M. Baudelocque a prolongé la vie de l'accouchée, et je ne renonce pas à son moyen de compression; mais si, après la délivrance, je soignais, comme cet accoucheur, une femme de peu d'énergie, à fibre molle, je tenterais d'abord, plutôt que d'en venir d'emblée à son procédé, une compression modérée que je seconderais par l'application de larges ventouses sur les seins, à l'imitation d'Ambroise Paré, qui prescrit *de les appliquer avec grandes flammes sur les mamelles des femmes, pour faire révulsion de leurs mois, quand ils fluent trop.* (Liv. de pl. op. de chirurg.)

V. O. GOURAUD, PÈRE,

Ancien professeur d'accouchemens à l'hospice général de Tours.

NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DE LA CRÉOSOTE.

Par M. CALDERINI, pharmacien de Milan.

On met dans un récipient de fer du goudron obtenu par la combustion du bois, et on fond à une douce chaleur. On ôte le vase de dessus le feu et on verse de suite, peu à la fois et en agitant continuellement, de la chaux éteinte et tamisée, jusqu'à ce qu'elle cesse de faire effervescence, et que le mélange se prenne en une masse dure qu'on laisse re-

froidir et qu'on pulvérise ensuite. On remplit avec cette poudre ainsi obtenue les deux tiers d'une cornue de fer fondu, et on place celle-ci dans un fourneau à réverbère. On pose sous le col de la cournue un récipient pour recevoir ce qui s'en distille, jusqu'au moment où les vapeurs blanches qui sortent d'abord commencement à devenir jaunâtres; on prend alors ce qui a été distillé, et on cesse de faire du feu. Tout le liquide distillé se verse sur un filtre de papier mouillé d'eau pour laisser passer seulement la partie aqueuse. On lave l'huile laissée sur le filtre avec de l'eau pure qu'on laisse s'écouler. On place ensuite l'huile ainsi lavée dans un récipient de fer dans lequel on ajoute de la lessive de potasse du poids spécifique de 1,125, une partie et demie pour une d'huile, et on fait bouillir un instant seulement le mélange à un feu doux. On ôte le récipient du feu, on laisse refroidir le liquide et on le verse encore sur un filtre de papier mouillé. Quand la liqueur cesse de passer, on prend la liqueur filtrée et on y ajoute par petite quantité à la fois de l'acide sulfurique étendu jusqu'à ce que le liquide devienne légèrement acide; on laisse reposer le mélange; et ce qui surnage avec une consistance huileuse est la créosote impure, qu'on recueille et qu'on met sur un filtre de papier mouillé, en versant encore de l'eau pour la laver. La créosote ainsi lavée se place dans une cornue de verre sur un bain de sable. On met de côté les premières parties de la distillation pour recueillir la créosote qui se présente ensuite, quand on ajoute du feu, avec une couleur d'un jaune paille. On cesse la distillation quand les gouttes qui tombent sont plus colorées. La créosote distillée, qui n'est pas encore suffisamment pure, se dissout de nouveau dans la lessive de potasse, on fait bouillir, on laisse refroidir, on filtre, on traite par l'acide surfurique, on lave et on distille, comme ci-dessus, en mettant encore de côté les premières et les dernières portions. Si la créosote ainsi obtenue est pure, il faut la conserver bien fermée dans un flacon. Si elle ne l'est pas, on la traite encore une ou même plusieurs fois par les procédés que nous venons d'indiquer.

On reconnait que la créosote est pure quand elle est incolore, transparente, du poids spécifique de 1,037 et qu'elle est douée d'une grande réfrangibilité. Si on en met une goutte en contact avec du blanc d'œuf, celui-ci se coagule subitement; et si l'on en dissout une petite portion dans la lessive de potasse, la solution chauffée à l'air libre ne prend pas une couleur brune, comme il arrive quand la créosote est impure, mais se colore légèrement en roux.

(*Gaz. eclets, di Form. feb.* 1834.)

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

MAI 1834.

Recherches sur le panaris, par P.-F. THOMAS, docteur-médecin, ex-chirurgien entretenu de la marine française, et membre de plusieurs Sociétés médico-chirurgicales.

Quæ medicamenta non sanant, ferrum sanat.

—

AVANT-PROPOS.

Le panaris est une affection redoutable par les douleurs intolérables auxquelles les individus qui l'éprouvent sont en proie, et par les accidens très graves, susceptibles quelquefois d'occasionner la mort, dont il est souvent accompagné, lorsqu'il n'a pas été traité d'une manière convenable; il forme le sujet de plusieurs dissertations, et il est décrit par des auteurs célèbres. Mais les uns et les autres, quoiqu'en ayant fait connaître tout le danger, ne me paraissent pas avoir généralement réussi à fixer sur lui l'attention des praticiens comme il le mérite, en raison de sa gravité et de sa fréquence dans certains endroits.

D'un autre côté, je n'ai trouvé nulle part dans les ouvrages venus à ma connaissance qui traitent du panaris, qu'il eût reçu juqu'à présent la dénomination qui lui convient, parmi les tumeurs inflammatoires; et c'est ce qui m'a déterminé à publier les recherches que j'ai faites à cet égard, auxquelles les circonstances où je me suis trouvé placé m'ont permis de joindre, comme on le verra, une expérience assez étendue, dont j'ai moi-même fourni quatre fois le sujet.

Le panaris, d'après les auteurs en général, n'est qu'un phlegmon des doigts, dont les douleurs ne sont plus intenses qu'ailleurs, qu'eu égard à la structure anatomique de ces parties et à la vive sensibilité de la peau qui leur sert de fourreau.

Beaucoup en distinguent plusieurs espèces : ainsi, Lafaye, Ledran, David et l'Académie de chirurgie, en admettent quatre : Astruc et Camper deux; Heister trois, Callisen cinq; Sauvages en a porté le nombre à sept; et M. F. Imbert, dans son Traité des tumeurs, en admet jusqu'à huit espèces *distinctes*.

Il est évident que la plupart de ces auteurs, ainsi que l'observe judicieusement M. Richerand, ont regardé à tort les divers degrés d'intensité de l'inflammation, comme constituant autant d'espèces différentes; mais doit-on, malgré cela, conclure, avec ce savant professeur, qu'il n'en existe qu'une seule, dont les variétés apparentes ne proviennent que de la plus ou moins grande extension de l'inflammation?

Je ne partage point son opinion, et je pense, avec Astruc et Camper, qu'il en existe deux espèces bien caractérisées, et dont les distinctions, quant à la marche, à l'intensité des douleurs, au siége de la maladie, à ses résultats et à son traitement, sont on ne peut plus marquées, et constituent même, selon moi, deux affections très différentes l'une de l'autre.

Or, établir ces deux espèces, exposer les symptômes qui les différencient, et le traitement le mieux approprié à chacune d'elles, forment le but que je me suis proposé, et que je vais faire tous mes efforts pour atteindre; je regrette de ne pouvoir donner à un sujet aussi important tous les développemens qu'il mérite.

Je diviserai ces recherches en trois chapitres, dont le premier contiendra la description et les causes des deux espèces de panaris; le deuxième, les preuves qui établissent l'identité existante entre la seconde espèce et le furoncle, et le troisième, le traitement.

—

CHAPITRE PREMIER.

Description et cause des deux espèces de panaris.

ESPÈCE PREMIÈRE.

Cette espèce est celle que la plupart des auteurs appellent tourniole, et à laquelle on doit donner spécialement le nom de panaris, commme je le prouverai plus loin; la tumeur qui la constitue étant toujours située aux environs de l'ongle, et en occasionnant même fréquemment la chute.

Elle a son siége entre l'épiderme et le derme, commence d'ordinaire au coin de l'ongle, dont elle fait ensuite le tour,

détermine une phlyctène plus ou moins étendue, analogue à celle provenant de l'application d'un vésicatoire, qui, ouverte avec des ciseaux ou une lancette, donne lieu à l'écoulement d'une matière séro-purulente, et n'affecte nullement le derme, qu'on trouve constamment intact au-dessous d'elle.

Les douleurs sont habituellement médiocres, et cessent après l'ouverture de la phlyctène.

ESPÈCE SECONDE.

C'est celle-ci surtout qui mérite, par sa gravité et les accidens qui peuvent l'accompagner, de fixer particulièrement l'attention des gens de l'art, et d'être étudiée avec tous les détails convenables.

Elle commence par un léger prurit dans le point affecté du doigt malade, tantôt à son sommet, tantôt au milieu, d'autres fois à sa base, mais presque constamment à la face palmaire, ou sur le côté. Bientôt la douleur se développe, avec une sensation analogue à celle qu'on éprouve lorsqu'une épine est fixée dans la peau, ce qui même peut occasionner des méprises.

Peu après, les souffrances augmentent avec rapidité, et deviennent de plus en plus intenses. La tension du doigt malade est extrême, un sentiment de brûlure, assez semblable à celui qu'on ressentirait s'il était placé sur des charbons ardens, y existe continuellement; des battemens isochrones à ceux du pouls s'y font sentir..... C'est alors que les douleurs deviennent tellement atroces, qu'elles méritent le nom barbare de *pertérébrantes*, inventé pas Astruc pour les exprimer.

Tous ces symptômes ont lieu d'ordinaire dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures, à dater de l'invasion du mal, et si on n'y apporte pas remède par les moyens que j'indiquerai plus bas, leur augmentation continue encore; la fièvre se manifeste avec plus ou moins de violence, selon les sujets; les souffrances s'étendent le long de l'avant-bras, du bras, et jusque sous l'aisselle, avec gonflement et rougeur de ces parties; les glandes de l'aisselle se tuméfient et parfois s'abcèdent; quelquefois même des dépôts se forment jusque sur le côté correspondant de la poitrine; le délire survient, et la mort peut s'ensuivre.

Ces accidens formidables résultent évidemment de deux causes distinctes: 1° la compression forte est prolongée des nerfs si éminemment sensibles qui président au toucher, 2° le déplacement du pus, qui ne pouvant presque jamais se faire jour à travers la peau très-résistante et très-épaisse de ces parties, se porte en dedans, où il rencontre bien moins de difficultés à vaincre; pénètre dans les gaînes tendineuses et les articulations, détruit souvent les ligamens de ces dernières; fuse ensuite sous l'aponévrose palmaire, dans les interstices tendineux et musculaires de l'avant-bras, du bras, etc., etc.; détermine de l'inflammation, du gonflement et de la douleur dans les lieux qu'il parcourt, et enfin des dépots, ainsi que je l'ai dit ci-dessus.

Les auteurs ont admis comme une des principales causes du panaris, une piqûre au doigt qui en est le siége. Cela peut bien être pour ceux de la première espèce, et c'est mon opinion (1); mais je puis assurer avoir très-souvent vu ceux de la seconde se manifester sans elle, et entre autres circonstances à bord de la corvette française l'*Olivier*, dont j'étais chirurgien-major, lors de la campagne qu'elle fit dans l'année 1817 à l'île de Terre-Neuve, où, pendant une station d'environ quatre mois (de mai à septembre), près de la moitié de l'équipage, composé de cent-vingt hommes, en fut affecté, sans que la plupart des individus atteints pussent assigner aucune cause au mal, qui chez tous se développa spontanément, et fut guéri sans accidens (excepté un mousse qui perdit la phalange unguéale, pour n'être venu au poste que le cinquième jour, craignant le coup de bistouri) par l'incision profonde, pratiquée dès l'invasion, comme je le détaillerai plus bas.

Quatre fois déjà, ainsi que je l'ai dit, j'ai été affecté de cette espèce de panaris; la première en 1810, et la deuxième en 1812, à Rochefort; les deux autres à Bordeaux en 1819, pendant ma convalescence de la fièvre jaune, dont je fus atteint cette année là, et en 1825. J'affirme que jamais aucune piqûre ne les occasionna, et qu'ils furent de la nature la plus grave, comme MM. les docteurs Tuffet, premier médecin en chef actuel de la marine, et Lalanne, deuxième médecin *idem* à Rochefort, Lacroix et Labatut, à la Nouvelle-Orléans, peuvent en rendre témoignage (2).

Je pourrais accumuler ici beaucoup d'autres cas de ma pratique à Bordeaux, où j'ai eu ce genre de panaris à traiter, sans qu'il provînt non plus de la cause désignée ci-dessus; mais je crois en avoir suffisamment dit à cet égard, pour démontrer l'erreur de ceux qui la regardent comme la plus fréquente.

Considérant cette espèce de panaris comme un furoncle des doigts, ainsi que je tâcherai de le prouver ci-après, je crois qu'il provient presque toujours de causes internes, et que toutes celles susceptibles d'occasionner les furoncles situés ailleurs, principalement l'embarras gastrique et autres irritations gastro-intestinales plus ou moins prononcées peuvent également le déterminer.

Il est en effet fréquent dans les lieux où les fièvres dites bilieuses sont endémiques et généralement graves, comme les endroits humides et marécageux. Aussi l'observe-t-on souvent à Rochefort et à le Nouvelle-Orléans, villes qui, par leur situation, réunissent au plus haut degré ces deux conditions.

---

(1) Nul doute que cette cause peut produire aussi très-fréquemment les panaris de la seconde espèce.

(*Note du rédacteur.*)

(2) La première fois que je fus affecté de ce panaris, j'étais depuis peu de temps élève à l'École de médecine du port de Rochefort; on le traita d'après les anciennes idées, d'attendre en grande partie la maturité de l'abcès pour en faire l'ouverture. Qu'en résulta-t-il? que ma main, mon avant-bras et mon bras, furent tuméfiés prodigieusement, avec des douleurs inouies et une fièvre presque continuelle; la guérison n'eut lieu qu'après environ *trois mois* de souffrances, et j'en conserve pour la vie une difformité au pouce droit, qui fut le siége de la maladie.

Les trois autres fois, l'incision fut pratiquée de bonne heure et à ma demande. Eh bien! les doigts affectés furent guéris dans moins d'une semaine, et il ne m'en reste que la cicatrice linéaire du coup de bistouri à chacun d'eux.

Sa grande fréquence également à l'île de Terre-Neuve, où il revêt un caractère d'intensité tel, que la mort en est quelquefois le résultat (1), ne doit être attribuée qu'à l'excès d'humidité qui y existe sans cesse; lequel est entretenu principalement par les brouillards épais qu'on y observe à peu près continuellement, ainsi que le savent tous ceux qui on voyagé dans ces parages, et non aux piqûres que se font les pêcheurs de morue.

Dans ces différens lieux, les furoncles sont aussi très communs, de même que les autres tumeurs inflammatoires ayant la gangrène pour résultat, comme l'anthrax et la pustule maligne, qu'on voit si souvent régner à la Nouvelle-Orléans, etc., etc.

CHAPITRE II.

Preuves de l'identité qui existe entre la deuxième espèce de panaris et le furoncle.

Déjà, dans le chapitre précédent, nous venons de voir que cette espèce se développe sous l'influence des mêmes causes qui déterminent les furoncles, ce qui établit d'abord une similitude entre eux; maintenant j'ajouterai qu'ainsi que ces derniers, il commence dans le tissu cellulaire; mais en raison de la petite quantité de ce tissu dont les doigts sont pourvus, il est bien plutôt formé que les furoncles des autres parties du corps. En outre, le peu d'extensibilité et l'épaisseur de la peau dans ces endroits, jointes au grand nombre de nerfs qui s'y ramifient à l'infini, contribuent pour beaucoup aux douleurs excessives qu'on y éprouve, et aux difficultés presque toujours insurmontables qui empêchent le pus de se porter à la périphérie; ce qui occasionne son déplacement en dedans, comme je l'ai dit, et les accidens divers dont j'ai donné une description détaillée.

On ne peut non plus révoquer en doute qu'il y a *constamment* dans cette affection une portion du tissu cellulaire frappé de gangrène, ce qui constitue un véritable bourbillon, en tout semblable à celui des autres furoncles. Ce bourbillon se présente à l'ouverture de la petite plaie, peu de jours après l'incision, et la guérison n'a lieu que lorsqu'il est sorti; ce qui établit, selon moi, plus que toute autre chose, une parfaite identité entre ces deux maladies (2).

D'après cela, je crois inutile de m'étendre davantage pour prouver plus victorieusement ce que j'ai voulu démontrer dans ce chapitre, et j'aime à me persuader que cette espèce ne sera plus confondue désormais avec les phlegmons proprement dits, qui en diffèrent à tant de titres.

J'ose en conséquence proposer de réserver le nom de panaris à la première espèce, qui réunit toutes les conditions nécessaires pour cela, puisque le mot de panaris, en latin *panaritium* ou *paronchia*, vient de deux mots grecs qui signifient *auprès de l'ongle*, et de donner à la deuxième espèce, celui de *furoncle des doigts*.

Parfois aussi, comme j'en ai vu plusieurs exemples, il existe une complication des deux espèces au même doigt; alors c'est une affection mixte, à laquelle on peut donner le nom de *panaris furonculeux*, de la même manière qu'on nomme la complication de l'érysipèle avec le phlegmon, *érysipèle phlegmoneux*.

CHAPITRE III.

Traitement.

Le traitement de la première espèce, ou panaris proprement dit, consiste à ouvrir la phlyctène aussitôt qu'elle est formée, au moyen des ciseaux ou d'une lancette; et s'il existe beaucoup de gonflement et de douleur, ce qui a rarement lieu, à employer des cataplasmes émolliens jusqu'à ce que ces symptômes soient dissipés. On enlève ensuite les portions détachées d'épiderme et l'ongle, qui d'ordinaire vient sans résistance; car autrement il faut attendre qu'il se détache de lui-même, et on met sur le derme dénudé un onguent simple, tel que le basilicum ou même le cérat, étendu sur du linge fin.

La guérison est complète au bout de peu de jours, et un nouvel ongle ne tarde pas à remplacer l'autre.

Quant au traitement de la seconde espèce, il peut être divisé en *abortif* et en *curatif*.

Si l'on est appelé dès l'invasion du mal, lorsque l'individu affecté n'éprouve encore que la sensation d'une épine entrée dans le doigt, ou que les douleurs intenses n'ont commencé que depuis très-peu de temps, on peut espérer d'arrêter tout-à-coup ses progrès, de le faire avorter, en un mot, en employant diverses méthodes conseillées par les auteurs, et dont les principales consistent à envelopper le doigt et la main dans une forte dissolution d'opium sans cesse renouvelée, dans la glace pilée, l'eau très-froide, l'eau-végéto-minérale, etc., etc. Si le sujet est jeune et vigoureux, les saignées générales seconderont parfaitement ces moyens; mais il en est un surtout que je crois alors beaucoup plus susceptible que tous les précédens déjà indiqués, de réussir dans plusieurs cas. C'est l'application de deux ou trois sangsues sur le lieu même où a commencé l'inflammation.

Quand, malgré ces moyens ou autres analogues, le mal

---

(1) Lorsque la corvette l'*Olivier*, dont j'ai parlé, arriva dans la baie du Croc, station française de cette île, au mois de juin 1817, nous y trouvâmes plusieurs bâtimens marchands, qui étaient allés à la pêche de la morue, les capitaines nous dirent qu'ils avaient beaucoup de matelots affectés du panaris, et que même il en était mort *trois* de cette maladie depuis leur arrivée!.....Je suis convaincu que ce funeste résultat n'eût pas eu lieu, si les chirurgiens de ces bâtimens n'avaient pas suivi l'ancienne routine, *d'attendre la maturité de l'abcès* pour l'ouvrir; précepte très-rationnel sans doute pour le phlegmon en général, mais on ne peut plus dangereux à suivre, comme on le sait, quand on veut l'appliquer au panaris.

(2) J'affirme avoir *presque toujours* rencontré le bourbillon dans le panaris qui nous occupe, et ne puis qu'être très-surpris que les auteurs (ceux du moins dont j'ai eu connaissance) n'en parlent pas. Je crois même que c'est à ce défaut d'attention de leur part que je dois d'être le premier qui l'ait considéré comme un furoncle, car j'avoue que ce fut ce qui d'abord m'en donna l'idée.

continue à faire des progrès, ce qui arrive malheureusement le plus souvent, il est inutile de persister dans leur emploi trop prolongé, et on doit en venir au traitement curatif indiqué ci-après, *que je regarde comme seul capable de guérir dans toutes les circonstances, et sans craindre de difformité ni d'accidens graves ultérieurs,* pourvu qu'il soit employé à temps, c'est-à-dire dans les vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit premières heures au plus, à dater de l'invasion de la maladie.

Ce traitement consiste, ainsi que le disent MM. les professeurs Richerand, Boyer et beaucoup d'autres, à inciser ou à cautériser profondément dans le lieu même où existe l'inflammation, sans attendre le développement ou la maturité de l'abcès; ce qui exposerait le malade, comme je l'ai démontré par les raisons que j'en ai données, à éprouver les plus graves accidens, dépendans du déplacement de la matière purulente.

Quant à moi, je préfère l'incision à la cautérisation, parce qu'elle est beaucoup plus prompte et plus sûre (malgré l'opinion contraire de Fabre et de Foubert), lorsqu'elle est faite d'une manière convenable.

Je suis intimement persuadé que le dépôt est *toujours formé* quand les douleurs sont parvenues depuis plusieurs heures à un haut degré d'intensité; mais comme il commence dans le tissu cellulaire, il est profondément situé. Il faut donc que le bistouri soit enfoncé jusque-là, et ne pas craindre de faire une trop grande ouverture, qui facilite le dégorgement de la partie et l'écoulement du pus. Pour que l'incision soit bien faite, on doit tenir le bistouri comme une plume à écrire, et tailler dans le sens de la longueur du doigt, en faisant pénétrer l'instrument jusqu'au foyer de l'abcès, et afin de donner issue à une goutte de pus qui se présente aussitôt à l'ouverture : c'est le procédé que j'ai constamment suivi dans ma pratique.

En agissant ainsi, on évite facilement la lésion des tendons et des principales artères, et on est assuré de la réussite sans être obligé d'agrandir encore l'incision en introduisant une sonde cannelée, comme quelques-uns le font, ce qui occasionne inutilement des douleurs *inouies* aux malheureux malades.

Aussitôt après l'incision, dont la longueur est habituellement de six à neuf lignes, la main est plongée dans un bain tiède, et doit y rester environ une heure, pendant laquelle le sang sort assez abondamment avec une petite quantité de matière purulente, ce qui détermine un dégorgement considérable et la cessation souvent totale de la douleur. En sortant du bain, la plaie, le doigt, et la main si elle participe au gonflement, doivent être recouverts d'un cataplasme émollient; on continue matin et soir ce pansement les jours suivans, en le faisant précéder d'un bain tiède de la main, comme nous l'avons prescrit ci-dessus. Ces moyens suffisent, dans la plupart de cas, pour opérer la guérison, qui ne se fait guère attendre plus d'une semaine.

Il convient néanmoins dans les derniers jours, lorsque le gonflement est entièrement dissipé, de substituer au cataplasme un onguent simple sur la petite plaie; par ce moyen, infiniment moins gênant pour le malade, la cicatrisation n'est nullement retardée; car elle ne peut avoir lieu qu'après la sortie du bourbillon, lequel est parfois assez tenace.

En procédant de cette manière, on sera, je le répète, assuré de la guérison sans difformité, ni autres accidens quelconques. Alors on n'aura plus à craindre l'exfoliation des tendons, on ne sera plus dans la nécessité d'ouvrir les gaînes tendineuses des doigts, etc., et nous n'aurons plus la douleur de voir des infortunés mutilés, ou perdre la vie même, par les suites de cette espèce de panaris, qu'on ne redoutera désormais qu'en égard aux souffrances qu'il occasionne et dont la durée même ne se prolongera pas au-delà de l'incision, pourvu que celle-ci soit pratiquée comme elle doit l'être et sans timidité.

Au moment où je terminais ce travail, le docteur *Gros*, mon honorable confrère et ami, à la Nouvelle-Orléans, m'apprend qu'un individu nommé *Ludeling* vient de mourir dans un des faubourgs de cette ville, au dixième jour d'un de ces panaris, dont il a obstinément refusé de permettre l'ouverture au commencement, sous prétexte *qu'il n'était pas mur*, quoique M. Gros lui eût fait envisager tout le danger de son obstination.

L'inflammation a été tellement violente, qu'elle a déterminé la gangrène (caractérisée par de larges phlyctènes et des escarres au doigt et à la main simultanément affectés) dès le cinquième jour, et ce fut le lendemain seulement, qu'il envoya de nouveau appeler le docteur Gros, qui fit aussitôt, mais malheureusement trop tard, de grandes incisions au doigt et à la main, qui donnèrent issue à une quantité considérable de pus ichoreux, provenant des interstices musculaires de l'avant-bras et du bras, où il avait fusé, en occasionnant une forte tuméfaction de ces parties.

Cet homme, à la vérité, était de plus en proie à une gastro-entérite chronique grave; mais M. Gros dit qu'elle était loin d'être parvenue au point de déterminer la mort, qui, à son avis, est bien due au panaris (1).

A cette occasion, j'ajouterai que le préjugé d'attendre la maturité de l'abcès pour consentir à se laisser ouvrir un panaris, est malheureusement encore si extraordinairement enraciné parmi le peuple, dans ce pays, qu'ainsi qu'on vient de le voir, nous ne pouvons pas toujours obtenir qu'il nous soit permis d'en pratiquer l'ouverture en temps opportun; ce qui fait qu'il n'est pas très-rare d'y rencontrer des infortunés privés d'un bras, ou mutilés de toute autre manière, par suite de cette affection.

Affection cancéreuse de la protubérance annulaire. Observation recueillie par le docteur CARRÉ *dans le service de* M. CASIMIR BROUSSAIS.

Girard, âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution délabrée, n'a jamais eu de maladie grave, antérieure à celle qui

---

(1) On ne meurt jamais d'un panaris, mais cette inflammation, essentiellement gangréneuse, parvenue à son plus haut degré d'extension, peut donner lieu à des phlegmasies mortelles d'organes importans, tels que l'estomac et le cerveau; *à fortiori* lorsque le panaris a été causé ou qu'il existe concurremment avec une *gastro-entérite* grave.
(*Note du rédacteur L...*)

l'a amené à cet hôpital, et dont l'origine remonte assez haut, puisque depuis six ou sept ans, il se plaint de bourdonnemens dans l'oreille gauche. Au commencement du mois de juin de cette année (1833), de légers maux de tête qui ne le tourmentaient que par intervalles, reparurent tout-à-coup avec une plus grande intensité, en même temps que les voies digestives s'affectèrent, et Girard entra à l'hôpital du Gors Caillou le 6 de ce même mois. Au bout de cinquante jours, il sortit, soulagé, mais non guéri et reprit son service. De temps en temps, surtout étant couché dans les corps-de-garde, il ressentait des fourmillemens dans le bras et la jambe du côté droit et dans la partie gauche de la face. Le retour de ses violens maux de tête et des mêmes accidens digestifs le forcèrent à venir de nouveau réclamer des secours à l'hôpital, et le premier octobre, il entra au Val-de-Grâce. Ce qu'il présentait de saillant à cette époque, consistait en céphalalgie, mauvaise bouche, inappétence; on le traita pour ces symptômes. Mais peu à peu de nouveaux symptômes apparurent et se dessinèrent de plus en plus, ayant pour siége le côté droit du corps, le côté gauche de la face; le 14 novembre, il présentait l'état suivant :

Decubitus sur le dos, le corps incliné à droite, l'intelligence, peut-être diminuée, paraît saine. Toute la partie gauche de la face, située en avant de l'oreille, depuis le sinciput, jusqu'au menton est privée presque entièrement de sensibilité et de mouvement. Ainsi, le front ne se ride plus, le sourcil est déprimé, les paupières ne peuvent se fermer, l'aile du nez est immobile, ne s'écarte plus de la cloison dans les mouvemens d'inspiration, le côté gauche des lèvres, et la joue correspondante ne se contractent plus, et quand le malade veut souffler ou cracher, l'air ou la salive s'échappe de suite par ce côté de la bouche, où la mastication est impossible. Sur toutes ces parties, la sensibilité est presque entièrement éteinte. Relativement aux sens spéciaux, on observe les particularités suivantes : la conjonctive, les muqueuses nasale, buccale et linguale, peuvent être touchées de ce côté avec les barbes d'une plume, sans que le malade en soit averti, tandis que si on fait la même chose sur le côté opposé, il jette aussitôt la tête de côté pour éviter cette sensation. Dans le conduit auditif et derrière l'oreille la sensibilité est intacte. La vision et l'odorat sont peu diminués, le malade peut reconnaître de petits objets, et des odeurs assez peu prononcées. Le goût et surtout l'ouie paraissent plus affectés : pourtant ces sens ne sont pas complétement abolis; le malade entend quand on parle haut, et distingue encore les saveurs, beaucoup moins bien que du côté opposé; l'œil jouit de tous ses mouvemens, excepté de celui qui le porte en dehors, aussi y a-t-il strabisme; la langue se porte sans se dévier facilement dans tous les sens; sans cesse exposée au contact de l'air, la conjonctive est sèche, parcourue par quelques vaisseaux injectés; les élévateurs de la mâchoire se contractent de deux côtés, moins fortement à gauche qu'à droite; aussi dans l'abaissement cet os est-il dévié à gauche, ce qui tient à ce qu'il n'est pas aussi bien maintenu dans ses rapports de ce côté que de l'autre. La parole est embarrasée, le malade bredouille, et parfois la voix tremble, ce qui prouve qu'en outre de la paralysie de la joue, le larynx lui-même ne jouit plus de toute son énergie contractile.

A partir de ce point, l'altération passse du côté droit du reste du corps. Le cou nous a paru intact jusqu'à la mort du malade. Toujours nous avons vu les sterno-mastoïdiens se contracter avec une égale force, et quand nous disions au malade de porter la tête en avant, ce mouvement avait lieu sans déviation à droite ou à gauche.

Du côté droit, l'épaule est tombante; le membre supérieur immobile; le côté correspondant du thorax semble se dilater plutôt parce que l'autre côté l'entraîne, que par une force à lui propre. Le même côté du ventre est plus relâché que l'autre; mais le membre abdominal est moins affecté que le thoracique; le malade peut encore le tirer de dessous les couvertures; la station même assise est immobile; quand on maintient le malade sur son séant, pour peu que cette situation dure, la tête lui tourne, sur tout ce côté; à partir du moignon de l'épaule, et sur le trapèze lui-même, la sensibilité a beaucoup diminué : de même que le mouvement elle est moins altérée sur le membre abdominal que sur le thoracique.

L'appétit persiste, le malade dit n'avaler que du côté droit; il vomit de temps en temps ses alimens, surtout le bouillon gras, si toutefois l'on peut appeler vomissement, l'acte point du tout convulsif, par lequel les alimens se trouvent ramenés au dehors; constipation habituelle; depuis quinze jours, il n'a eu que deux selles, dont l'une après avoir pris une once d'huile de ricin, et l'autre après l'administration de plusieurs lavemens.

La respiration n'a plus cette assurance qui accompagne l'état de santé, sa force a diminué, elle est sensible des deux côtés; l'expectoration est pénible, et les crachats sont formés par un mucus épais, opaque et verdâtre.

Le pouls est lent et faible.

La nutrition est profondément altérée, comme l'atteste la décoloration et la maigreur du sujet.

D'après ces symptômes, j'ai diagnostiqué une encéphalite chronique, mais je n'ai pu déterminer par avance, la nature de l'altération : j'ai seulement expliqué comment je ne pensais pas que ce fût une phlegmasie avec ramollissement rouge, et comment il me semblait que ce devait être ou un tubercule ou un cancer dont le siége me semblait être vers l'origine de la cinquième paire.

On a employé de faibles applications de sangsues, le régime, les révulsifs. Un moxa a été appliqué derrière l'oreille gauche, un séton existe encore à la nuque. On n'a plus en vue que de prolonger l'existence du malade et de la rendre moins pénible.

Depuis, les symptômes que nous venons d'indiquer n'ont fait que se trancher de plus en plus. Jusqu'à la fin les sens ont pu fonctionner, comme nous l'avons exposé, les muscles du cou se contracter, la langue se mouvoir. A plusieurs reprises, la rougeur de la langue, la soif, les vomissemens, ont forcé de diminuer la quantité des alimens. Le malade demandait toujours à manger, comme si son appetit eût été bien vif. Sur la fin, le strabisme augmente, l'œil se tourne de plus en plus vers le nez; la parole devient presque inintelligible; les mucosités s'accumulent dans les bronches, gênent la respiration. Les efforts pour cracher sont presque impuissans, le malade ne peut les détacher et les rend en bavant. Quand il parle, sa tête tremble d'une manière très-

sensible. La sensibilité de la joue, des muqueuses oculaires, nasale, buccale et linguale, est très-obtuse.

Le 3 janvier, comme le malade mangeait de la bouillie, qu'il rendait presque à mesure qu'il l'avalait, il est pris tout-à-coup d'un accès de suffocation. On mande le chirurgien de garde, mais les fonctions vont s'affaiblissant de plus en plus, et la vie s'éteint vers cinq heures du soir.

Autopsie dix-neuf heures après la mort.

Grande maigreur, roideur cadavérique en général assez forte, moindre au bras droit que partout ailleurs.

En incisant la parties molles derrière le cou et la tête, il s'écoule une grande quantité de sang noir.

La moelle épinière offre plus de consistance qu'à l'ordinaire, du reste sa substance n'est pas autrement altérée.

Le cerveau présente également une consistance insolite, et de l'injection sablée. En arrière, et en haut des hémisphères, les circonvolutions sont en partie effacées, les ventricules sont distendus par de la sérosité citrine, que l'on peut évaluer à la quantité de trois à quatre onces. Leurs parois ont la même consistance que le reste du cerveau, et ne s'affaissent pas quand le liquide est évacué.

Mais c'est à la protubérance musculaire que l'on trouve l'altération la plus remarquable. Le lobe gauche de cette protubérance est affecté dans toute son épaisseur, et considérablement augmenté de volume; mais la tumeur qui en résulte présente une large surface à la partie antérieure de la protubérance, où elle se confond avec le commencement des pédoncules cérébraux et cérébelleux, et de la moelle épinière, tandis qu'à la partie postérieure de cet organe, c'est-à-dire à celle qui forme la paroi du quatrième ventricule, l'altération n'offre guère que six à huit lignes de diamètre; c'est une plaque arrondie, noirâtre, sur laquelle rampe un vaisseau ramifié, et dont l'aspect rappelle celui de la cornée transparente; dans toute son étendue la tumeur est noire ou d'un violet foncé; cette coloration, de même que l'altération de tissu se continue sans ligne de démarcation précise sur la substance nerveuse et a même envahi, dans l'étendue de quelques lignes, les pédoncules du cerveau et du cervelet et la moelle alongée. Une plaque jaunâtre, seulement de l'étendue de six lignes, se dessine au bas de la face antérieure, et correspond à gros comme une noisette de matière encéphaloïde; le reste de la tumeur est formé par du tissu lardacé, moins difficile à couper que sur les autres parties du corps, parsemé de trois ou quatre petits caillots sanguins de la grosseur d'une tête d'épingle, et dont un plus volumineux correspond à la plaque noirâtre qui fait saillie dans le quatrième ventricule : sur le lobe gauche, à sa face antérieure, on voit une tache noire, de six lignes de diamètre, qui correspond à un caillot sanguin, de la grosseur d'un haricot, existant dans la substance nerveuse.

Les nerfs qui partent de cette partie ou des environs, sont, les uns confondus avec la tumeur, les autres comprimés par elle. Parmi les premiers on trouve, les nerfs de la cinquième et de la sixième paire, et parmi le seconds, les nerfs facial, acoustique, glosso-pharyngien et pneumo-gastrique.

Poitrine : On rencontre de la bouillie dans l'œsophage, la trachée-artère, et les bronches. Les poumons sont sains.

Abdomen. L'estomac, qui contient de la bouillie, est parsemé de plusieurs plaques, disséminées sur toute la muqueuse, d'une rouge clair. L'intestin-grêle paraît sain; le gros intestin contient beaucoup de matières dures et moulées. Dans toute son étendue, la muqueuse est d'une mollesse extrême, s'enlève très-facilement avec la pulpe du doigt; on y aperçoit une foule de follicules isolés, de la grosseur d'une tête d'épingle, offrant à leur centre un orifice distinct.

Observation de choléra algide, cyanique : recueillie par DEQUEVAUVILLE; *dans le service de* M. CASIMIR BROUSSAIS, *médecin ordinaire, professeur adjoint à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.*

Leguerme, sous-officier sédentaire, caserné sur la place de l'Estrapade, âgé de quarante-un ans, fut atteint le 7 octobre de diarrhée sans cause appréciable; le 10 vers le soir, il eut quelques vomissemens, qui se répétèrent pendant la nuit; il fut apporté à l'hopital du Val-de-Grâce, le 11 octobre à sept heures du matin. Il avait subi impunément l'influence du choléra à Metz en 1832. Voici quels étaient les symptômes que présentait Leguerme à son entrée. *Premier jour de traitement. Facies* cyanosé, yeux profondément enfoncés, pouls à peine sensible, bâillemens fréquens, respiration difficile, voix altérée, presque éteinte, membres algides, flasques, mais pas de crampes, diarrhées et vomissemens très-fréquens, blanchâtres, floconneux; prostration très-grande, langue glacée et cyanosée : — Glace, quatre-vingt sangsues à l'abdomen, trente sangsues à l'anus, friction avec le liniment ammoniacal; le soir les symptômes ont augmenté, les vomissemens sont continuels, le malade se plaint beaucoup de l'abdomen : le pouls est insensible; point d'urine. Vingt sangsues à l'épigastre, vingt sangsues à l'anus, potion avec douze grains d'ipécacuanha à prendre par cuillerées.

Deuxième jour. Tous les symptômes se sont considérablement amendés le 12 octobre; la langue est chaude, le ventre est flasque, le malade a uriné; mais des vomissemens jaunâtres, des selles blanchâtres se succèdent à de courts intervalles, et le pouls est insensible : glace, trente sangsues à l'épigastre, potion avec douze grains d'ipécacuanha.

Troisième jour, 13 octobre; le pouls est petit et fréquent, les extrémités presque froides, la langue assez bonne, les vomissemens et la diarrhée persistent : glace, fomentations émollientes, vésicatoires aux lombes et aux jambes, frictions avec le liniment volatil aux pieds; quatre ventouses scarifiées à l'abdomen.

Quatrième jour, 14 Octobre; les vomissemens persistent seuls, mais avec beaucoup moins d'intensité : glace, limonade, lavement de lin et de pavot.

Septième jour, 17 octobre, les vomissemens ont entièrement cédé aux préparations opiacées; les scarifications des ventouses se phlegmonisent; on les pense avec du cérat, ainsi que les vésicatoires, et on continue les préparations d'opium

en potions et en lavemens; on donne au malade un demi-bouillon coupé matin et soir.

Depuis ce jour aucun symptôme ne reparaît. Leguerme est placé le 19 dans une salle de fiévreux; il passe graduellement aux alimens légers, à la viande, et le 31 octobre il mange le trois quarts, et n'est plus retenu à l'hôpital que par ses vésicatoires qui ne sont pas encore secs. Toutes les plaies sont entièrement cicatrisées le 13 novembre, et le 19, Leguerme va rejoindre son corps.

De l'influence des saisons sur la production des congestions sanguines, par L. L. d.-m.

Les changemens et les modifications que subit l'atmosphère au renouvellement de chaque saison, déterminent sur la production de certaines maladies une régularité si marquée, que, pour s'en convaincre de manière à n'en plus douter, on n'a qu'à jeter un coup-d'œil sur les registres des hôpitaux et sur les tables de mortalité déposées aux mairies. Mais, désirant nous borner à indiquer l'influence qu'exercent les saisons sur les congestions sanguines, nous allons rapporter en peu de mots l'observation d'un cas pathologique qui peut résumer à lui seul tout ce que nous avions à dire à ce sujet.

Madame Élisabeth L..., d'Agde (Hérault), née de parens sains et bien constitués, jouissant elle-même de toutes les apparences d'une santé des plus brillantes, était néanmoins, à cause de son tempérament sanguin, sous l'imminence continuelle d'une congestion qui, le plus habituellement, se dirigeait vers la poitrine (1). Parfois aussi l'estomac, le duodénum, le foie ou les intestins, devenaient le point d'appel de cette fluxion sanguine, dont la cause prédisposante se rattachait uniquement à une riche sanguification que le régime sévère et de fortes saignées avaient de la peine à restreindre. Malgré de légers éblouissemens peu fréquens, de courte durée et rarement accompagnés de vertiges et de céphalalgie, la tête paraissait moins disposée à se congester que les autres principaux organes, ce qui contrastait d'une manière remarquable avec le teint rouge fortement animé que présentait la physionomie. Il arrivait cependant que par suite d'une vive émotion, madame E... L... éprouvait quelquefois un accès névropathique, nullement apoplectiforme, qu'elle appelait *attaque de nerfs*. Toutefois, la perception, pour la moindre douleur, était si vive, et la crainte quelle en avait si exagérée, que cela dénotait déjà une sur-excitabilité du cerveau qui prédisposait cet organe à un appel prompt et impétueux du sang, dans le cas où une irritation primitive ou sympathique viendrait à s'y manifester.

La disposition congestionnaire des viscères thoraciques et abdominaux n'offrit rien d'alarmant pendant toute la durée de la menstruation, dont les époques furent toujours régulières et accompagnées d'abondantes évacuations. Mais à l'âge critique, qui eut lieu de 48 à 50 ans, ce bénéfice de nature venant à cesser complétement, et n'ayant pas été remplacé par un flux hémorrhoïdal, on crut pouvoir y suppléer en partie par un cautère à pois qu'on établit sur le bras gauche.

Malgré cette précaution, madame E... L:... à dater de cette époque, commença à éprouver de fréquentes atteintes de *bronchite*, de *gastrite*, de *duodénite*, d'*entérite*, etc., dont la production paraissait toujours être provoquée par les changemens de saison. Ainsi, au commencement de chaque hiver se déclarait un gros rhume qui devenait souvent un catarrhe bronchique, et parfois même donnait lieu, soit par imprudence, soit par défaut de soins convenables, à des péripneumonies qui ne cédaient qu'à de promptes et abondantes saignées.

A l'arrivée du printemps, des douleurs vagues se manifestaient tantôt aux environs des grandes articulations, et surtout au genou gauche et à la plante des pieds; d'autres fois entre les épaules, aux reins, derrière le cou ou entre les seins; la poitrine devenait chaude, oppressée, la tête pesante, la vue se fatiguait aisément. Le sommeil, souvent interrompu durant la nuit, devenait très-profond vers le matin et se prolongeait très-tard.

A peine les chaleurs de l'été se faisaient-elles sentir, que madame E... L... perdait l'appétit; l'épigastre était un peu douloureux; une teinte jaunâtre des conjonctives, du malaise à l'hypocondre droit et la difficulté du décubitus sur le côté gauche, dénotaient que le duodénum et le foie participaient à l'irritation gastrique. Tout cela se terminait ordinairement par une diarrhée abondante, qui durait quatre ou cinq jours.

L'automne était la saison qui paraissait la plus favorable à la santé de madame E... L... à l'exception près, d'un peu d'irritation de l'estomac et de la muqueuse bronchique, qui n'obligeait de recourir qu'à des précautions de régime : la malade était intimement convaincue et ne cessait de répéter que la diète poussée jusqu'à l'abstinence était le remède unique à tous ses maux : l'usage habituel du lait lui paraissait être aussi un remède des plus efficaces pour la plupart de ses indispositions.

Il ne faudrait pas induire de l'exposé que nous venons de faire que madame E... L... fut dans un état permanent de maladie : notre intention n'a été que d'indiquer les modifications régulières que les changemens de saison faisaient subir à sa disposition congestive. Le plus souvent ces indispositions était de courte durée, parce qu'elles étaient combattues par des moyens appropriés, ou bien parce que les congestions avaient lieu sur des organes secréteurs (1).

---

(1) Nous sommes loin d'admettre qu'il y ait, dans l'économie animale, une puissance, un *vis à tergo*, qui pousse le sang de préférence vers un organe quelconque, plutôt que vers les autres, mais seulement qu'au fur et à mesure que l'action des modificateurs surexcite un viscère, le sang y est attiré en abondance, s'y accumule, et donne lieu à la congestion inflammatoire. *Ubi stimulus, ibi affluxus*, a dit Hippocrate : c'est donc l'irritation qui préside à toutes les congestions à moins qu'elles ne soient déterminées par un obstacle à la circulation du sang.

(1) Il est de fait que les congestions des viscères paren-

Mais le tribut une fois payé à la constitution atmosphérique froide ou chaude, humide ou sèche, il semblait que madame E... L... avait alors acquis une garantie de bonne santé pour le reste de la saison.

Ces dispositions pathologiques furent surtout plus marquées en 1822 et en 1833. Au mois de septembre de cette dernière année, madame E... L.... ayant été témoin de la mort d'un de ses petits-fils, enlevé à la fleur de l'âge, par une congestion cérébrale, resta comme terrifiée d'un mal contre lequel toutes les ressources de l'art avaient été impuissantes. Depuis cette époque, elle manifesta à différentes reprises les craintes qu'elle avait qu'un pareil sort lui fût réservé ; elle les confiait à ses amis et ne les cachait qu'à ses fils, afin de ne pas les attrister. Malheureusement, ainsi qu'elle l'avait prévu, ou du moins ainsi qu'elle l'appréhendait, ses tristes pressentimens ne se réalisèrent que trop.

A l'arrivée du printemps de 1834, époque qui a offert à Paris un grand nombre de décès apoplectiques, madame E... L.... commença à éprouver des vertiges toutes les fois qu'elle montait sur une chaise, et lors même qu'elle restait seulement debout sur sa chaufferette; elle se sentait autant de force qu'à l'ordinaire, mais elle perdait facilement l'équilibre; dans l'espace d'un mois elle fit deux ou trois petites chutes qu'elles ne voulut cependant attribuer qu'à un peu de maladresse. Sur ces entrefaites la toux s'étant déclarée durant quelques jours, donna lieu à des secousses douloureuses qui, de l'épigastre, retentissaient entre les épaules et causaient des élancemens dans la tête. Justement alarmés de cette concomitance de symptômes, nous proposâmes à madame E.. L..., malgré le peu d'intensité du mal, de se laisser pratiquer une saignée, et de se faire appliquer des sangsues. Mais elle témoigna un tel éloignement pour l'emploi de ces moyens, dont elle avait néanmoins retiré précédemment de grands avantages, qu'elle préféra se soumettre à une abstinence complète pendant huit jours consécutifs, après lesquels tous les symptômes parurent avoir cédé.

L'appétit paraissait bon, le sommeil tranquille et l'humeur gaie; madame E... L.... avait repris son activité habituelle et formait de beaux projets d'avenir, lorsque ces jours derniers, après avoir déjeûné un peu plus copieusement qu'à l'ordinaire, et passé la journée au milieu de ses enfans, dont l'affection pour leur mère égalait celle qu'elle ressentait si vivement pour eux, elle fut frappée, peu de temps après son dîner, d'une apoplexie foudroyante qui l'a subitement terrasée au moment où elle étendait la main pour prendre une chaise. Les soins les plus empressés, le dévoûment le plus actif de la part d'un de ses fils, qui est médecin, le concours éclairé de deux praticiens distingués, MM. Villeneuve et Gaubert, n'ont pu arrêter le développement de cette cruelle attaque. C'est inutilement que la malade à été saignée aux bras, aux tempes, au cou, à l'épigastre et à la cheville droite, qu'on lui a appliqué un grand nombre de sangsues en avant des apophyses mastoïdes et le long des veines jugulaires, la glace sur la tête, des vésicatoires ammoniacaux entre les épaules, sur les cuisses, des sinapismes aux pieds, etc. Tout a été inutile! madame E... L... a été enlevée, à l'âge de 61 ans et dans l'espace de quelques heures, à l'affection de toute sa famille, qu'elle laisse pour toujours plongée dans les regrets d'une perte aussi douloureuse qu'inattendue.

---

chymateux qui ne sont pas sécréteurs et qui par conséquent n'ont pas de canaux excréteurs communiquant avec l'extérieur (le cerveau, la rate, etc), ne pouvant se terminer par des irritations *super-sécrétoires*, c'est-à-dire par d'abondantes évacuations muqueuses ou autres, les engorgemens sont plus tenaces puisqu'ils ne peuvent se dissiper que par l'absorption veineuses.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

MAI 1834.

SUR LA BELLADONE.

TROISIÈME ARTICLE.

La *belladone* est, entre les mains des homœopathes, un remède puissant et énergique dans les cas d'*apoplexie* non foudroyante.

Cette maladie (ou pour mieux dire cet accident morbide) est une de celles qui peuvent le mieux servir à démontrer l'incohérence et le défaut de fixité de l'ancienne école; chacun sait que la plupart des médecins allopathes traitent l'apoplexie par la saignée copieuse et répétée, tandis qu'un petit nombre proscrivent cette médication et ont publié des ouvrages *ex professo* pour justifier leur opinion.

Les homœopathes n'accordent guère confiance à l'évacuation du sang, certains qu'ils sont que la déplétion de tous les vaisseaux du corps ne saurait produire l'absorption du caillot qui, le plus souvent, s'est formé par l'extravasation d'une quantité quelconque de ce liquide, dans la masse même du cerveau : cette opération requiert une dose de vitalité, d'énergie dans l'organisme, que ne saurait amener ou soutenir une perte de deux ou trois livres de sang.

Toutefois, comme le résultat de l'apoplexie sanguine peut être de gonfler et remplir outre mesure les veines qui rampent à la surface extérieure du crâne, tandis que l'effet immédiat de la présence du sang extravasé est d'augmenter ou d'accélérer les mouvemens du cœur, quelques homœopathes laissent appliquer un petit nombre de sangsues derrière les oreilles ou près du grand trou occipital, tandis que d'autres pratiquent une très-légère saignée.

Mais ce n'est pas le plus grand nombre, et les homœopathes purs n'emploient que l'action dynamique des médicamens internes. C'est ainsi que je tiens de la bouche même du célèbre de GERSDORFF, que ni HAHNEMANN, ni lui-même, n'ont jamais eu recours à la saignée; il est pourtant probable que ces grands hommes n'ont pas eu plus d'insuccès que d'autres médecins, soit homœopathes, soit allopathes; car la critique, très-active en Allemagne, n'aurait pas manqué de s'emparer de ce fait, pour condamner une pratique décidément pernicieuse.

Dans le traitement dynamique de l'apoplexie entre en première ligne la *belladone*, dont les symptômes pathogénétiques portés à un haut degré ont tant de rapport avec ceux de l'apoplexie. Quelques exemples de guérison vont justifier l'emploi de ce remède.

Dix-huitième observation. — Josepha, âgée de 15 ans, forte et bien constituée, se rendit, selon sa coutume, aux champs pour y travailler, le 3 avril après avoir déjeûné; vers les 6 heures du soir, ses parens, inquiets de ne la point voir revenir, allèrent la chercher, et la trouvèrent couchée sur le côté gauche sans connaissance. Elle fut rapportée à la maison, et le lendemain matin on alla chercher le médecin, qui la trouva dans l'état suivant.

4 *avril.* Étendue sur son lit dans l'état de stupeur; pupilles dilatées; toute la face rouge et gonflée; conjonctives injectées; bouche close; impossibilité de parler et d'avaler; interrogée à très-haute voix sur ce qu'elle éprouve, la malade fait un signe de la main indiquant des douleurs depuis le dos de la langue jusqu'à l'estomac.

On essaie l'introduction dans la bouche de quelque liquide; mais vainement, tout ressort de cette cavité.

Le pouls est tendu; il n'y avait pas eu de selles depuis deux jours; sur le côté gauche où elle est tombée, et où elle doit être restée environ huit heures; la malade éprouve une douleur près de la cuisse, qui ne dure pourtant pas; on n'y voit ni gonflement ni rougeur. *Bell.* $\frac{0}{X}$.

5. La mère raconte que deux heures après le remède, la malade avait balbutié quelques paroles inintelligibles; et qu'elle avait fait signe avec la main qu'on lui mît quelque chose dans la bouche. On lui donna alors quelques cuillerées de soupe, elle les avala et s'endormit. — A quatre heures de l'après-midi, interrogée sur les douleurs qu'elle ressentait, elle montra avec la main la région de l'œsophage et prononça : *cela me fait mal.*

La rougeur de la face et des conjonctives a disparu; les pupilles sont encore un peu dilatées; elle peut se tourner sur le côté gauche, et elle avale de l'eau sans douleurs. Elle a eu une selle; le pouls est presque normal. — On défend de lui donner ni vin, ni tisane.

6. La malade est assise sur son lit; elle répond à toutes les questions, avec sens et d'une voix distincte : elle mange de la soupe et boit de l'eau avec plaisir. Tous les symptômes se sont évanouis.

7 *avril.* La malade reçoit son médecin devant la porte de la maison, avec un gracieux sourire, et lui parle aussi sensément et intelligiblement qu'avant sa maladie. — On lui conseille de continuer le régime pendant quelques jours.

Dès ce moment, elle s'est très-bien portée.

C.

Dix-neuvième observation. — W..., âgé de 60 ans, célibataire, pléthorique, bien constitué, de stature moyenne, tempérament sanguin, avait joui d'une bonne santé jusque dans les dernières années, et avait toujours suivi un régime modéré. Depuis trois ans, il éprouvait de la dispnée et un serrement à la région de l'estomac et du diaphragme, lorsqu'il courait ou montait rapidement; ce symptôme cessait par le repos. De plus, son appétit avait diminué, il éprouvait des tiraillemens dans le ventre pendant la digestion, ses selles étaient dérangées, il avait des douleurs périodiques au sacrum; le sommeil était interrompu, et l'humeur était devenue chagrine.

Pendant les cinq dernières semaines, avril et mai, l'atmosphère étant constamment humide, ces incommodités augmentaient presque chaque jour. La digestion était troublée; le serrement persistait même pendant le repos; le ventre était tendu comme un tambour; les urines étaient tantôt copieuses, tantôt rares, déposant un sédiment briqueté; les douleurs du dos et du sacrum ne cessaient plus; la tête était embrouillée et lourde, avec vertige, perte de mémoire, tintemens d'oreilles, surdité; obscurité de la vue; insomnie presque absolue; pendant de courts instans de sommeil, agitation corporelle, rêves angoissans, puis fâcherie, mauvaise humeur, sensibilité excessive, quelquefois même méchanceté et dégoût de la vie; *pesanteur* des jambes, et surtout des pieds : paresse générale, détente et langueur. — Tous ces symptômes avaient résisté aux remèdes de l'ancienne médecine.

Le 7 mai, il se coucha, à 11 heures du soir, dans un assez bon état, et sans se plaindre beaucoup; son compagnon de chambre se coucha aussi et s'endormit; mais à minuit et demi il fut réveillé par le bruit d'un râle très-fort, se leva et trouva W... étendu sur le plancher devant son lit, sans connaissance, écumant et râlant.

Le docteur SCHUBERT fut appelé, et trouva le malade dans l'état suivant.

Étendu sans mouvement, comme un mort, sur son lit, où trois personnes l'avaient posé; inactivité absolue des sens; paupières supérieures abaissées; pupilles dilatées et immobiles; face étirée et un peu rouge; spasmes des muscles faciaux; fortes pulsations des carotides; mâchoire inférieure pendante et laissant écouler beaucoup de salive écumeuse; tremblement des lèvres; gémissemens fréquens; respiration stertoreuse, lente et profonde; chaleur de la superficie de tout le corps; peau mollasse, mais non humide; pouls plein, fort, un peu dur, égal et un peu plus vite que dans l'état naturel; érection modérée du pénis. — Le malade n'avait pris à son dîner que des alimens fort légers, et le soir que deux tasses de thé.

Comme le malade était pléthorique, SCHUBERT jugea qu'une *petite* saignée devait précéder l'emploi de tout remède interne, et il fit tirer six onces de sang. C'était le second cas d'apoplexie sanguine où il avait jugé une pareille évacuation indiquée, quoiqu'il sût bien, et qu'il l'eût annoncé, que le cours de la maladie en serait allongé, et que la convalescence en serait plus lente. Dans quatre autres cas, où le défaut de pléthore l'avait engagé à se passer de la saignée, il avait observé que les malades avaient marché beaucoup plus rapidement vers la guérison.

Après cette opération préparatoire, il chercha le remède dont les efforts primitifs devaient être le plus prompts; trois s'offrirent à lui : *ipéc.*, *coff.* et *acon.* Il s'arrêta au premier, et fit donner trois fois, à deux heures de distance, une goutte VI, *tinct. ipéc*, dans une cuillerée à café d'eau.

A peine un quart d'heure s'était écoulé depuis la première dose, que l'état du malade avait déjà changé; une grande agitation survint dans tout son corps; il se tourna d'un côté et de l'autre, se plaça sur son dos et sur son ventre, frappa la paroi avec sa tête, et agita les mains sur son lit, comme y cherchant quelque chose (carpologie). Ainsi se passa une heure, pendant laquelle il se découvrit, et tenta itérativement de descendre de son lit, où un homme très-fort suffisait à peine pour le maintenir. Les gémissemens, grognemens, murmures, devinrent plus forts et plus fréquens; il ouvrit les yeux, mais ne reconnut personne; les traits de la face grimacèrent; les dents grincèrent, et une grande quantité de salive s'écoula de la bouche; le pouls devint accéléré, la peau s'humecta; le malade porta ses mains aux parties sexuelles; le pénis s'érigea; le tremblement des lèvres devint très-fort, et au bout de demi-heure, le malade vomit un liquide glaireux, verdâtre et bilieux; après quoi les nausées cessèrent; le grincement des dents persista. Une selle survint accompagnée d'urine; et l'agitation corporelle cessa; demi-heure après il s'échappa encore de l'urine.

Après la seconde dose d'*ipéc.*, il se manifesta un repos de demi-heure, suivi de nausées, de tremblement des lèvres, et d'un vomissement de bile, après lequel les lèvres ne furent plus que légèrement agitées; tous les autres symptômes persistèrent. Il survint une selle molle et de l'urine. Puis les symptômes décrits se montrèrent de nouveau dans toute leur force.

Après la troisième dose, on observa pendant une heure les mêmes effets, excepté les selles; dans la seconde heure, l'état s'améliora, et le malade, donnant signe qu'il entendait les questions à lui adressées, balbutia quelques paroles encore inintelligibles. Mais l'état de la tête ne parut pas s'améliorer; et, dans la troisième heure, lorsqu'on ne l'éveillait pas en lui parlant à très-haute voix, le malade restait, dans le sommeil, les yeux fermés.

Le 8 au matin. *Coma vigil;* absence de connaissance; balbutiement lorsqu'on lui parle très-fort; regards incertains suivis d'occlusion des paupières; pupilles dilatées, immobiles; teint pâle, presque comme dans l'état naturel; figure étirée; grincement des dents, mâchonnement; ou bien, abaissement de la mâchoire; écoulement de salive tenace; ronflement; attouchement du pénis; respiration profonde et lente; peau molle et sèche; pouls plein, égal et peu vite; le malade est tranquille, et se tourne de temps en temps sans agitation.

Le danger le plus imminent paraissant passé, la crainte de la paralysie s'éloignant, c'était le moment d'appliquer un remède dont l'action curative fut secondaire et lente. SCHUBERT choisit la *belladone*, dont le malade reçut, à huit heures, une petite goutte de la 30e dilution.

Au bout d'une demi-heure, on aperçut déjà les effets du remède; la figure grimaça; les lèvres recommencèrent à tremblotter; la salive s'écoula en plus grande quantité; et

tous les symptômes s'exaspérèrent. Une heure après, on lui fit boire une tasse de thé ; mais il ne sut ni prendre ni tenir la tasse. — Dans la seconde heure, il rendit de l'urine brunâtre dans le vase de nuit. — Au bout de quatre heures, l'activité de la peau et de la circulation parut se manifester ; le malade cherchait à voir et à reconnaître, mais ne pouvait encore en venir à bout. Le soir, à huit heures, l'amélioration était notable : le *coma vigil* n'existait presque plus ; le pouls était plus calme ; l'attention renaissait ; la parole revenait ; les sens reprenaient leur faculté ; le malade reconnaissait quelques personnes, mais n'avait aucune idée de son propre état. Il avait pris, à sept heures, une petite soupe claire et un biscuit. L'urine était sanguinolente, et l'irritation sexuelle était encore assez forte.

La nuit suivante fut bonne ; le malade dormit de onze heures à trois heures, et transpira doucement.

Le 9 au matin, la tête était libre, mais il lui semblait qu'elle avait été meurtrie ; et il se plaignait d'y éprouver une pression, un poids, surtout du côté gauche ; les yeux lui faisaient mal, même dans l'obscurité, il voyait indistinctement et même à double ; les pupilles étaient encore dilatées et peu irritables ; l'ouïe était dure avec tintemens. — Il ignorait complétement ce qui lui était arrivé, mais il se sentait très-malade, angoissé, peiné, presque désespéré ; croyait avoir fait des rêves pénibles, et se défiait de toutes les personnes qui l'entouraient, excepté de son médecin. — La face et les conjonctives étaient légèrement colorées en jaune. Le pouls était calme, petit et mou, la peau molle et modérément chaude ; la respiration tout-à-fait normale. Le malade s'engouait aisément, et avait des accès de toux spasmodique, au milieu desquels il rejetait des alimens.

Pendant les six jours qui suivirent, le malade ne dormit plus le jour, mais très-bien la nuit ; le sommeil fut toujours meilleur, soutenu et calmant. La sensation de meurtrissure de la tête diminua chaque jour ; et l'état entier de l'organisme se régularisa si bien, que, le troisième jour après la *belladone*, le malade demanda à se lever. On le lui permit, mais moyennant l'aide d'une personne qui le soutiendrait et le conduirait de son lit à son sopha. Mais dès qu'il fut debout, il éprouva du vertige, et chancela au point de tomber s'il n'eût été bien soutenu ; et même, assis sur le canapé, il avait besoin constamment d'une personne qui empêchât son corps et sa tête de tomber en avant. Cet état diminua graduellement jusqu'au septième jour, où le malade, quoique chancelant, pût marcher et agir seul, et où il reprit le goût du tabac, qu'il avait perdu jusqu'alors.

Cependant il conservait encore des symptômes d'affection grave et profonde du cerveau : vision fausse ou double, teint jaunâtre de la face et des conjonctives ; tintemens d'oreilles, surtout étant couché ; dureté et illusion d'ouïe, comme si quelque chose tombait auprès de lui, ou que quelqu'un y fit du bruit ; urines brunâtres ; adynamie ; *pesanteur* des pieds ; demi-paralysie de la langue, qui reste blanche, et que le malade mord en mangeant, ne pouvant la ramener assez rapidement, faiblesse de mémoire et de jugement ; défaut de suite dans le langage, et mauvais placement des syllabes ; le plus souvent, immobilité du corps, mauvaise humeur et grommèlement ; il se croit devenu très-malheureux, et n'avoir plus de quoi subsister à l'avenir.

Schubert, considérant cet état psychique comme produit par la présence d'un caillot de sang extravasé, s'occupa à en procurer la résorption, et fit donner au malade une goutte de la 3e dilution d'*arnica*, en maintenant le régime simple et sévère.

Après une aggravation d'une demi-journée, suivit une amélioration corporelle croissante pendant cinq jours. Depuis le cinquième jour, l'urine devint jaune-paille, ce qui fut considéré comme un signe de résorption du caillot. Le malade se plaignit encore de douleurs dans une place fixe du cerveau, et d'embarras dans toute la tête ; le vertige avait diminué, ainsi que la douleur dans les globes des yeux. Mais l'état mental ne s'était pas proportionnellement amélioré, le malade était encore atteint d'angoisse et de misantropie.

Schubert, là-dessus, donna au malade une petite goutte de la 12e dilution de *stramon.*, dont l'effet répondit entièrement à l'attente et à l'expérience acquise précédemment dans des cas semblables ; l'affection mentale, en particulier, se dissipa : et l'amélioration marcha visiblement croissante pendant plus de quatre jours, au bout desquels il y eut un temps d'arrêt qu'on ne put pas méconnaître.

Voici quelle était la situation du malade, cinq jours après l'administration de *stramon.* — Tête encore embrouillée, faible ; vertiges rares ; mémoire et jugement améliorés, mais non dans l'état normal, surtout la mémoire ; pendant une longue conversation, les syllabes ne se déplacent que rarement ; loquacité ; communicatif, il traite ses alentours amicalement ; il se reconnait ainsi que sa situation naturelle ; après quelques efforts de pensée pour converser, il devient quinteux et chagrin, et perd de sa présence d'esprit ; illusions de la vue, strabisme ou vue double ; yeux ternes et pupilles dilatées ; illusions de l'ouïe ; dans un repos complet, il croit entendre un bruit subit et passager, comme la chute d'un objet ; teint moins terreux ; état subparalytique de la langue permanent ; appétit et soif dans l'état normal, ainsi que les selles et le sommeil ; défaut de solidité des pieds qui paraissent pesans ; les forces du corps ne sont pas tout-à-fait revenues.

Schubert donna une goutte XV *hyosc.*, comme étant après *bell.* et *stram.*, le remède le plus homœopathique à cet état. L'action primitive n'offrit rien de surprenant, mais l'action secondaire ou curative fut on ne peut plus satisfaisante ; chaque jour l'état de la tête s'améliora visiblement, ensorte qu'au douzième jour de la maladie, il n'en restait d'autre trace qu'un certain embarras de la langue après avoir soutenu long-temps indistinctement la conversation. — Un grain II *merc. sol.*, fit disparaître cette difficulté ; le malade se guérit promptement, et fut ensuite plus fort, plus gai, et d'un esprit plus prompt qu'il ne l'avait été pendant les dernières années.

A cette importante observation, Schubert ajoute ceci : « Je me rends caution que cet homme n'éprouvera jamais de rechute d'*apoplexie sanguine* ; d'après mes observations, une rechute n'est possible que quand la tête n'est pas devenue complétement libre et n'a pas repris toute sa force, et que la personne se plaint encore d'étourdissement constant, et de quelque incommodité de tête, comme pres-

sion ou autre ; quand elle a de la somnolence pendant le jour ; quand l'organisme entier n'a pas recouvert sa force et son mouvement naturel et facile ; que les pieds manquent de légèreté, les jambes de solidité, et que le sujet bronche et se heurte ; ajoutons qu'alors il reste toujours de la dureté d'ouïe, un peu de vertige et de pesanteur dans la langue. »

Ici vient se placer naturellement une observation du Dr Bigel, que je tire des *Archives homœopathiques* de Stapf, et qui se trouve dans le t. II de son *Examen*.

« Une femme de 28 ans, d'une constitution bilioso-sanguine, forte encore, réglée dans sa menstruation, ayant accouché sept fois, étant sujette à de violens maux de tête, à la constipation et à des douleurs de reins, qui se répandaient le long des cuisses et des jambes. — Son régime de vie était sobre, sauf le petit verre d'eau-de-vie, dont elle usait, disait-elle, tant pour soutenir ses forces, que pour prévenir les effets de l'humidité et du froid.

» Elle se portait assez bien, depuis deux ans que je l'avais délivrée d'une sciatique causée et entretenue par la constipation, lorsque, à la suite de douleurs de tête les plus violentes, elle fut frappée, à 1 heure du matin, au sein d'un sommeil profond, d'un coup d'apoplexie, qui la priva subitement du mouvement et du sentiment de toute la moitié droite du corps, il s'y joignit une mutité complète. La bouche était tirée vers l'oreille, et la vue ainsi que l'ouïe étaient considérablement diminuées ; et la malade, se plaignant de ressentir des coups à la tête du côté gauche, éprouvait des mouvemens convulsifs de la face, ainsi que dans le bras gauche, dont les torsions étaient visibles ; la déglutition, quoique très-gênée, se faisait pourtant, et un flux abondant de salive sortait de la bouche ; il y avait cinq jours que la malade n'avait eu d'évacuation alvine ; la soif était vive, la face gonflée et les yeux rouges et saillans, le pouls élevé et plein. L'époque menstruelle devait avoir lieu dans huit jours ; la raison de la malade, pleine et entière, lui faisait déplorer le présent et verser des larmes sur l'avenir ; le caractère était naturellement vif, impatient et emporté. »

THÉRAPIE.

« ..... La *belladone* m'offrant tous ces symptômes réunis dans une totalité satisfaisante, je donnai sur-le-champ à la malade une goutte VIII... Une demi-heure s'était à peine écoulée, lorsque la malade indiqua de la main libre, que la tête lui faisait plus de mal, que le gosier se resserrait davantage. Je vis en même temps la face rougir de plus en plus, et les convulsions redoubler de fréquence et de force ; il en fut de même de celles qui tourmentèrent le bras et la cuisse du côté sain. Cet état dura au plus une demi-heure, après lequel temps un sommeil doux vint mettre fin à cette scène ; il dura trois heures, et fut accompagné d'une sueur générale qui présageait un réveil heureux... En effet, la paralytique en ouvrant les yeux ouvrit aussi la bouche, et demanda intelligiblement ce qui lui était arrivé ;... ses membres aussi obéirent à sa volonté.

» J'avais quitté la malade au milieu de son sommeil, pour revenir quelques heures plus tard ;... quelle fut ma surprise, lorsque frappant à la porte, je vis celle-ci s'ouvrir par la malade elle-même, qui tenait un chandelier de la main qui, quelques heures auparavant, était immobile !... — Interrogée, la malade m'apprit qu'il ne lui restait de son mal qu'une pesanteur au côté gauche de la tête, une grande soif, et de vives douleurs autour du nombril. A ces signes, il était facile de reconnaître l'action de la *belladone*, que je me gardai bien de troubler. Le lendemain de ce jour, de grandes évacuations par haut et par bas, effets exclusifs du remède, avaient emporté les coliques, la soif et les maux de tête. Le quatrième jour, la malade rendait grace à Dieu de sa délivrance, dans un temple du Seigneur, où elle avait pu se rendre. »

En résumé, d'après les remarques de Hartmann, la *belladone* est d'un emploi plus favorable dans l'*apoplexie sanguine* et *séreuse*, que dans celle qu'on qualifie de *nerveuse*, parce que celle-ci a ordinairement lieu sans prodrômes, et que c'est pendant la durée de ceux-ci que ce remède est plus particulièrement utile. Voici les symptômes auxquels elle répond le mieux.

Vertiges, embarras et pesanteur de la tête ; douleur de pression et de serrement de la tête par la dilatation des veines ; scintillation et nébulosités devant les yeux, tintement et bourdonnement d'oreilles ; stupeur ; paresse ou cessation passagère des fonctions du sensorium ou des organes des sens ; dégoût ou défaut de disposition pour les travaux de l'esprit ; envie continuelle de dormir ; sommeil profond, interrompu par des angoissans rêves et des effrayans ; tous symptômes qui, joints avec un habitus qui semble disposer à l'apoplexie, avec une constitution organique qui y conduit, avec une prédisposition aux congestions de la tête, avec un facies altéré, signalent l'apoplexie sanguine avec un grand degré de certitude, et peuvent être enlevés, dans cet espace de temps, avec autant de promptitude que de sureté, au moyen de la *belladone*.

Il ne sera pas sans intérêt de savoir que la *belladone* se montre utile, efficace même, chez de sujets du plus grand âge, atteints d'apoplexie, où toute réaction organique paraît avoir cessé, et où néanmoins on la voit se réveiller sous l'influence de ce remède. Hartmann cite le cas d'une femme de 79 ans, chez laquelle la paralysie avait tellement atteint les nerfs de la langue et du gosier, qu'elle ne pouvait pas avaler une seule goutte de liquide, et qu'elle avait perdu la parole. *Bell.* lui rendit, en dix heures, la déglutition, et fit disparaître un œdème des extrémités, au bout de quelques jours.

Si l'apoplexie est complète, ce n'est pas dans le commencement que *bell.* est indiquée ; mais plus tard, lorsque les symptômes les plus pressans ont été dissipés au moyen de *aconit*, *arsenic*, *coffea*, *opium*, etc.

P. S. Pendant que cette feuille est sous presse, il vient de se présenter à moi le cas suivant.

La femme D., accouchée depuis neuf jours et nourrice, à la suite de quelque émotion légère, a été prise hier de perte de la parole suivie de perte de connaissance ; j'ai été appelé hier et l'ai trouvée dans l'état qui suit.

Supination, perte absolue du mouvement volontaire et des sens ; les membres se laissant agiter, soulever, changer de place, sans qu'aucune contraction musculaire soit excitée ; les yeux sont clos, les paupières se laissent soulever et la lumière ne fait point contracter les pupilles qui pour-

tant ne sont pas dilatées; la langue se montre entre les dents, la mâchoire inférieure se laisse abaisser; les mouvemens imprimés à la tête de la malade sont inaperçus, ainsi que les cris prononcés à ses oreilles; toutefois, l'aspersion de gouttes d'eau froide sur la face excite un léger froncement de sourcil; la même eau versée sur l'épisgastre n'occasionne point de sensation ou de mouvement; la face n'est ni pâle, ni rouge; les carotides battent avec une force prodigieuse.

La malade pouvant avaler, je lui donne plusieurs cuillerées d'eau froide, sans que son état change; je donne ensuite deux fois, à une heure de distance, une goutte *ipec.* VI; ce remède n'est suivi d'aucun effet apercevable; deux heures après, soit à minuit, je donne une goutte *bell.* X.

Aujourd'hui, au matin, la nuit n'a offert aucun changement perceptible; la face est très-rouge, le battement des carotides est beaucoup moins fort; la transpiration est assez abondante; la malade a ouvert les yeux; je lui fais donner de l'eau fraîche.

A midi, la connaissance est revenue, la malade tient les yeux ouverts, elle me connaît, me parle, ne se plaint que d'un peu de mal de tête et d'une grande faiblesse; elle accepte en riant un peu de café au lait.

Je regarde ce traitement comme terminé, et vais lui donner *puls.* pour détourner le lait des seins, la malade s'étant décidée à mettre son enfant en nourrice.

Quittant maintenant les affections du cerveau, je passe à l'examen de celles de l'extérieur de la tête, dans lesquelles la *belladone* s'est montrée efficace, en suivant l'indication des symptômes pathogénétiques qui résultent de son emploi.

Je devrais d'abord mentionner l'*érésipèle de la face et du cuir chevelu*, ou de la peau qui recouvre le crâne; mais comme il ne s'agit ici que d'une localité que peut occuper l'érésipèle, et que cette maladie se traite aussi bien par la *belladone* lorsqu'elle affecte un autre siége, j'en parlerai plus tard en traitant des *maladies de la peau* en général.

Observons d'abord que l'action pure de la *belladone* sur l'homme sain, amène un grand nombre de symptômes relatifs aux yeux (environ cent), parmi lesquels se distinguent les suivans:

Tressaillement, tremblement, dilatation, pesanteur, pulsation, élancement des paupières.

Douleur, cuisson, sècheresse, ardeur, chaleur, larmoiement, inflammation des yeux.

Rougeur, purulence, gonflement de la conjonctive.

Pression dans les yeux, douleur d'arrachement, d'enfoncement, de tiraillement.

Tour à tour, rétrécissement, puis dilatations des pupilles.

Photophobie; obscurcissement de la vue; cécité; amaurose.

Presbytie; presbyopie; vue indistincte; vacillation et coloration des objets; scintillation; diplopie.

Yeux et regard hagards; spasmes et distorsion des yeux.

Ce tableau, extrêmement abrégé, offre toutes les nuances de l'ophthalmie, depuis la légère douleur jusqu'au chemosis le plus violent; aussi est-ce contre cette affection qu'on voit le mieux triompher cette substance.

En voici quelques exemples détaillés.

Vingtième observation. Une femme, en battant du briquet, reçut un petit morceau de pierre dans le coin de l'œil gauche, qu'elle lava immédiatement avec de l'eau froide. Au bout de quelques heures, elle ressentit de cruelles douleurs dans la tête et dans l'œil, qui devinrent permanentes et furent traitées par des applications réitérées de sangsues, et différens lavages, malgré lesquels le mal alla empirant, jusqu'au point que la femme perdit la vue, ne pouvant ouvrir les paupières, dont s'écoulait une sérosité âcre, tant les douleurs étaient fortes. — Au bout de dix semaines de douleurs et d'insomnie, le médecin déclara que l'œil s'ouvrirait par la suppuration interne. — Alors fut appelé le docteur Schuler, médecin homœopathe, auquel on demanda seulement de subvenir au manque total de forces, épuisées par la fièvre et la douleur; car de la vision il n'en était plus question.

Ayant légèrement entr'ouvert les paupières gonflées et douloureuses, il reconnut une grande dilatation des vaisseaux de la conjonctive, et un obscurcissement leucomateux de tout le globe de l'œil; la pupille était fort dilatée; le leucoma empêchait de voir l'iris. Une douleur gravative et déchirante était fixée dans le front et les orbites; l'œil droit était affecté sympathiquement, et la malade redoutait de le perdre aussi.

Schuler la mit d'abord au régime homœopathique, et fit instiller dans l'œil une goutte de solution de *crocus;* puis au bout de quelques heures, il fit prendre à la malade une goutte *bell.* X. Dès la même nuit, celle-ci reposa, pour la première fois, pendant quelques heures. Le lendemain, le larmoiement et la grande sensibilité de l'œil avaient diminué, et la malade, à sa grande surprise, put distinguer quelques couleurs.

La complication des symptômes prescrivit au bout de quelques jours l'usage de *nux*, d'*euphrasia* et de *spigelia*, sous l'influence desquels toute douleur disparut; la vision seule ne se rétablit pas complétement, empêchée qu'elle était par le leucoma de la cornée.

Schuter, regardant alors cet état chronique comme le produit d'une cause psorique, administra *calc.* VI; au bout de huit jours, la couleur grise du leucoma avait passé au blanc et perdu de son opacité; le prurit brûlant qui existait aux paupières, ainsi que l'embarras de la tête et le tintement des oreilles, avaient beaucoup diminué, et ne se faisaient que rarement apercevoir. Pendant huit autres jours, il laissa agir le remède, au bout desquels la pupille encore dilatée fut libérée de l'obstacle que présentait le leucoma. Alors il put distinguer le cristallin qui avait pris la teinte d'une *cataracte glaucomateuse;* et il recourut à un autre antipsorique, *phosphore*, pour attaquer ce symptôme qu'il considéra comme une affection goutteuse. Sous l'influence de ce puissant remède, non-seulement toutes douleurs cessèrent, mais la menstruation, retardée depuis trois mois, reprit son cours naturel, le volume du globe de l'œil diminua ainsi que la dilatation de la pupille et la photophobie; le leucoma se circonscrivit tous les jours davantage, et la vision reparut, quoique faible. Après l'épuisement de l'action du *phosphore*, la malade reçut *silic.* X, après lequel il ne lui resta qu'une petite tache sur le bord de la pupille, là où avait pénétré l'éclat du silex, et qui ne présentait aucun obstacle à la vi-

sion ; ainsi se termina le traitement d'un cas jugé incurable.

Vingt-unième observation. — Le docteur KRETSCHMAR, au commencement de sa pratique homœopathique, eut à traiter un homme atteint de la plus violente ophthalmie; forcée par les désirs des parens du malade de lui appliquer la méthode allopathique, il eut recours à la saignée, aux sangsues, aux vomitifs, aux purgatifs, au calomel, aux vésicatoires, pendant deux mois entiers, au bout desquels son malade était presque aveugle; il existait un hypopion avec menace imminente de staphilôme, qu'on chercha vainement à combattre avec des eaux ophthalmiques et la teinture d'opium employée en lavage.—Ce fut alors que KRETSCHMAR demanda sérieusement qu'on lui laissât traiter le malade homœopathiquement, et il le fit successivement au moyen de *bell.*, de *nux* et d'*euphrasia*, à l'intérieur; tandis qu'il faisait instiller entre les paupières de l'*alcool*, puis de la *teinture* de *chanvre;* ces moyens réussirent aussi promptement que complétement, la cornée redevint transparente, le pus fut réabsorbé, l'abcès se dissipa, et la force visuelle se rétablit peu à peu. Une douleur déchirante du côté de la tête correspondant à l'œil malade, fut enlevée par *calcar.* X; après quoi le sujet se trouva complétement sain et bien portant, et se refusa de suivre un traitement antipsorique, que son médecin lui conseillait.

Je saisis l'occasion de cet exemple pour m'élever avec force contre cette lâche complaisance, par la quelle un médecin homœopathe consent, pour plaire aux assistans, à suivre et à faire suivre à son malade, un traitement allopathique qui doit nécessairement répugner à sa conscience médicale. Le vrai médecin, *vir probus*, ne saurait suivre deux doctrines aussi opposées que celles des *contraires* et des *semblables;* il doit choisir, il doit être convaincu, ou bien il n'est pas digne de la confiance du public, il ne possède pas même la sienne propre. Cet être amphibie, qui va flottant d'une doctrine à l'autre, nous ne saurions le regarder comme un confrère, et croire un seul instant à ses talens réels et à sa conviction; car celle-ci lui manque complétement.—Pour moi, je n'hésite point; toutes le fois qu'un malade ou ses parens me prient de changer de méthode, je me retire et cède la place à un autre.

Vingt-deuxième observation. — Le docteur GROSS fut appelé à donner des soins à un homme de 30 ans, atteint sans cause connue d'une affection morbide à l'œil droit, dont voici le tableau, au 12 mai.

L'œil droit ne présente rien d'anormal à l'extérieur, à l'exception d'un aspect un peu terne; la malade n'y éprouve pas des douleurs; mais à la lumière du jour, il voit tout comme au travers d'un nuage ou d'un voile, et quelquefois les objets lui paraissent doubles; des taches obscures lui semblent souvent aussi voltiger devant l'œil droit, le matin et le soir, au crépuscule, il ne voit rien de cet œil, même en faisant les plus grands efforts; tout lui devient obscur; la pupille de l'œil malade demeure un peu dilatée; d'ailleurs, rien chez le sujet n'annonce un état morbide, mais l'état de son œil le jette dans l'angoisse et la crainte.

GROSS, reconnaissant là les symptômes exacts de la *belladone*, en prescrivit une goutte V pour le même jour.

Le 22, soit dix jours après, le malade revint disant avec la plus vive joie qu'il voyait beaucoup mieux, même à l'aube et au crépuscule, que de temps en temps seulement il éprouvait un court obscurcissement de vue; que le soir la flamme de la chandelle lui paraissait comme éloignée et radieuse, et que la lumière artificielle lui rendait la vision pénible, et causait dans l'œil droit des sensations désagréables.

Ces symptômes correspondant exactement à ceux de *pulsatille*, GROSS en donna une goutte IV.

Au bout de huit jours, l'état morbide avait entièrement cessé, et le sujet voyait aussi facilement et aussi distinctement de l'œil droit que du gauche; cet état de santé n'a subi plus tard aucune altération.

Vingt-troisième observation. — Le docteur KAMMERER a traité une femme assez âgée, atteinte de maladie des yeux, qui, depuis plusieurs années, ne pouvait supporter ni la lumière du jour, ni celle d'une lampe, et était obligée de porter sans cesse un abat-jour, soit garde-vue. Cette sensibilité l'obligeait souvent à fermer les yeux, et était accompagnée de douleurs gravatives de la tête. Quelquefois la malade avait la sensation de loucher; la conjonctive, surtout vers l'angle externe, était enflammée et recouverte de veinules injectées. Le matin, les paupières étaient collées; de l'œil gauche elle voyait les objets comme au travers d'un brouillard; c'était surtout le cas après un travail qui avait exigé l'usage des yeux; il y avait sensation de brûlure, le bord de la cornée était trouble, et par places épaissi et non diaphane.

KAMMERER employa d'abord avec succès la *belladone;* mais en raison de l'ancienneté de la maladie, et de la complication des symptômes, il dut ensuite avoir successivement recours à *puls.*, *china*, *bry.*, *cann.*, et *sabad.*, qui, au bout de deux mois et demi, amenèrent les yeux à la clarté, au point que la cornée même devint transparente.

Vingt-quatrième observation. — J'ai donné des soins à Mme Ber... Bou..., atteinte d'ophthalmie chronique, depuis plusieurs années, avec rougeur habituelle et la conjonctive et obscurcissement de la cornée, au point que cette femme, fort avancée en âge, ne voyait assez que pour se conduire, mais ne pouvait reconnaître personne dans sa route. Elle avait vainement suivi les traitemens proposés par divers chirurgiens et oculistes. La première dose de *bell.* produisit sur elle une amélioration telle, qu'elle distingua tous les objets, qu'elle put supporter la lumière, et qu'elle déclara n'avoir point encore aussi bien vu depuis le commencement de sa maladie. La chronicité de cette ophthalmie fournissant la preuve qu'elle dépendait d'un vice psorique, c'est avec des antipsoriques que j'ai continué le traitement, dont le détail ne trouve pas sa place ici.

Vingt-cinquième observation. — HARTMANN fut consulté pour un enfant de trois semaines, né de parens très-pauvres, qui offrait l'état suivant.

Depuis quinze jours, diarrhée continuelle, d'abord verdâtre, semblable à la bouillie claire, et depuis trois jours, purement aqueuse, s'échappant à chaque mouvement de l'enfant, avec une odeur insupportable; chaque évacuation était précédée de cris perçans, et le malade se pelotonnait comme un ver.

Les yeux son clos par l'enflure des paupières; celles-ci, entr'ouvertes par force, laissent voir l'œil entier injecté de sang qui gonfle le rebord interne des paupières, et qui coule au-

dehors, surtout lorsque l'enfant crie; les paupières restent hermétiquement fermées, et il en sort du sang lorsqu'on les entr'ouvre.

Tout le corps est recouvert de taches pourprées, surtout aux joues, où l'épiderme est tombé, emporté peut-être par l'abondant écoulement de sang.

Le malade est agité aux plus haut degré, ne jouissant pas d'un quart d'heure de sommeil.

La tête et la poitrine sont ardentes, sans sueur, les extrémités froides.

L'enfant ne veut prendre aucune nourriture et refuse le sein de sa mère. — Il est amaigri au point de ressembler à un petit vieillard.

Ce cas paraissait offrir peu de ressource, surtout à cause de la diarrhée et de l'émaciation prodigieuse du sujet; toutefois, HARTMANN jugea qu'il valait d'autant mieux la peine de faire une tentative, qu'elle n'entraînait aucun péril dans un cas aussi désespéré. Reconnaissant les symptômes de la *camomille*, il en donna une très-petite goutte XII, et défendit à la mère de boire du café.

Une heure après le remède, l'enfant tomba dans un sommeil rafraichissant, qui dura trois heures, après lequel il but raisonnablement; jusqu'au surlendemain, il n'eut que trois selles plus consistantes et plus jaunes, exemptes des cris qui accompagnaient les précédentes. A cette époque, l'enflure des paupières avait un peu diminué, ainsi que l'injection de la conjonctive et du bord des paupières; l'écoulement sanguin était à peu près le même, le sang avait une teinte moins obscure, d'un rouge clair; une chaleur modérée était répandue surtout le corps, les taches étaient moins rouges, et une légère desquamation s'y formait

Le troisième jour, l'amélioration ne paraissait pas faire des progrès. H. donna une très-légère dose *bell.* X, comme offrant la plus grande ressemblance avec l'état actuel du malade, et en obtint les résultats les plus avantageux; au bout de deux jours, les larmes sanguinolentes et l'enflure de paupières disparurent, et l'œil recouvra son aspect sain antécédent. En même temps, le corps de l'enfant s'était refait, et avait perdu son aspect de vieillesse; au bout de peu de semaines, le sujet était devenu fort et ne laissait apercevoir aucune trace de cette maladie.

Vingt-sixième observation. — TRINKS fut consulté par un homme de 38 ans, scrophuleux, né de parens très-scrophuleux, qui avait eu la plupart des maladies aiguës de l'enfance, puis avait été atteint de douleurs dans le bas-ventre, et de goutte à la tête.

En février, il fut exposé à un courant d'air froid, qui lui causa très-promptement une ophthalmie. Après quelques douleurs déchirantes et tiraillantes dans l'œil droit, les os frontaux et le bord des orbites, il éprouva dans l'œil droit des douleurs piquantes, brûlantes et gravatives, avec photophobie croissante; pupilles très-contractées; larmoiement âcre; conjonctive très-rouge; prurit et pincement des paupières de l'œil droit. Une semblable inflammation commençait à se montrer à l'œil gauche; il n'y avait pas de fièvre.

Il prit sur-le-champ une goutte *bell.* X.

Jusqu'au surlendemain, il eut à souffrir de déchiremens et de tiraillemens autour des yeux, qui devenaient encore plus aigus vers le soir; mais les douleurs des globes, ainsi même que la photophobie, avaient bien diminué, il n'éprouvait plus que des élancemens lorsqu'il allait subitement à la lumière. — Le quatrième jour, toutes les traces de l'ophthalmie rhumatismale avaient disparu.

Vingt-septième-observation. — Une jeune fille de 5 ans fut conduite, pour une maladie du globe de l'œil, chez un médecin allopathe qui la déclara atteinte d'un fongus médullaire incurable, et qu'il fallait au plus tôt procéder à l'extirpation; en attendant, il prescrivit la *ciguë* et le *mercure* à hautes doses.

Le conseiller-docteur MUHLENBEIN fut alors consulté, et prononça qu'il avait plusieurs fois observé cette maladie, mais qu'il ne l'avait jamais vu guérir, même en employant l'extirpation; ce jugement fut confirmé par plusieurs autres médecins et chirurgiens habiles. Sur quoi, MUHLENBEIN proposa au père d'appliquer à son enfant un traitement homœopathique, ce qui fut immédiatement accepté. Voici le tableau de la malade et de la maladie.

Henriette Kamehl, âgée de 5 ans, blonde, teint variable, forte de corps et d'un bon tempérament, commença, sans cause connue, en décembre, à avoir un œil malade. Elle se plaignait d'élancemens dans l'œil gauche, de trouble dans la vision, de photophobie, d'élancemens dans la tête, surtout du côté gauche, et en même temps de douleurs violentes dans la jambe droite et le rein droit, ensorte que la marche en fut interrompue et qu'il se manifesta de la fièvre. — Ces attaques se renouvelèrent dix fois dans l'espace de deux mois; l'appétit était très-modéré; les selles irrégulières; l'urine foncée, et le sommeil très-agité.

Dans les premiers jours de la maladie, au rapport du père, des cris étaient arrachés à l'enfant par la violence des douleurs de l'œil gauche, qui ne pouvait être ouvert; alors se développa un point rouge dans l'œil, et à une assez grande profondeur; la cornée encore libre et transparente. A l'extérieur et au travers des paupières, on voyait, ou plutôt on sentait une élévation, une dureté. Un larmoiement très-abondant avait constamment lieu; la conjonctive du côté du nez très-rouge; les deux pupilles dilatées, et la vision de l'œil gauche abolie; l'iris fortement injecté et devenu d'un brun foncé. Les élancemens dans cet organe persistaient, mais les sensations en étaient plus passagères qu'auparavant; de faibles élancemens avec fièvre dans le genou droit alternaient avec les plus violentes douleurs.

MUHLENBEIN mit l'enfant à la diète homœopathique, et permit qu'elle usât de la promenade en plein air, sans avoir la tête ou l'œil recouvert, toutes les fois que l'état de sa jambe le permettrait. Sur ces entrefaites, la malade fut prise de malaise et de vomissement.

Le 15 mars, il prescrivit une goutte *bellad.* 26, qu'il répéta le 22, le 30 et le 6 avril.

Le 13 avril, il donna une goute *nux* 30, qu'il répéta trois fois jusqu'au 24; l'œil larmoya extraordinairement, et ne s'ouvrit nullement; la photophobie devint extrême; la malade se plaignit de la jambe, et le fongus s'accrut si fortement, qu'à chaque instant il menaçait d'éclater. M. attribue cette aggravation à la trop fréquente répétition de *nux*. Toutefois, le pouls était normal; le sommeil bon et l'appétit modéré.

Le 31 mai et le 9 juin, il revint à *bell.* 30, sous l'action

de laquelle le larmoiement et la photophobie diminuèrent, l'œil put être entr'ouvert et le fongus cessa de croître.

Les 16, 24 juin, 1er, 15 et 29 juillet, il fit donner la même dose de *bell.* Le fongus s'applatit chaque jour plus, et perdit sa couleur rouge; l'enfant de son côté devint plus gai et mieux portant.

Pareilles doses de *belladone* furent données les 12 août, 19 septembre, 11, 25 octobre, 13, 23 novembre 14 et 28 décembre. Dans cet intervalle, l'œil reprit sa forme naturelle, et le fongus devint plus petit et plus grisâtre. Placé devant quelque chose de brillant, ou le soir devant la lumière, l'enfant en regardant voit des couleurs gris-clair, bleu ou rouge, et des figures danser devant l'œil malade, mais non devant l'organe sain.

Le 15 janvier suivant, nouvelle dose de *bell.* 32. L'œil devient plus libre chaque jour, et les douleurs qui extstaient de temps en temps au rein droit, au genou et au pied, ont totalement cessé.

Le 22 février, *bell.* 30. Toutes les fonctions du corps sont bonnes; l'œil gauche est seulement sensible à la lumière; le fongus devient toujours plus gris; l'albuginée plus blanche; le premier recouvre en grande partie la pupille, et ressemble à l'iris lorsque par une forte inflammation, il a contracté adhérence et passe à la suppuration.

Les 9, 20 mars, et 5 avril, l'enfant reçut de nouvelles doses de *bell.* 30.

Du 11 au 14 avril, une douleur au rein droit et aux environs de l'aine, empêcha la malade de marcher et lui fit garder la chambre; l'œil devint plus sensible à la lumière et ne put plus s'ouvrir de lui-même.

Le 17, une partie du fongus était plus transparente et paraissait faire plus de saillie; il faisait alors très-mauvais temps.

Le 18 avril, l'enfant reçut une goutte *nux* 30. A cette époque, la malade pouvait voir la lumière briller; et les objets qu'on faisait mouvoir devant son œil, elle ne les reconnaissait pas, mais elle en voyait le mouvement. Comme elle avait été mise à l'école, et qu'elle y apprenait à lire, l'application lui procura de nouveaux élancemens dans l'œil affecté; ce qui lui fit interdire la lecture. La photophobie avait cessé, seulement l'angle externe de l'œil était encore un peu rouge et sans douleur.

Le 4 mai, M. essaya une goutte *euphrasia* pour activer la résorption des parties malades, mais il survint de la céphalalgie pendant quelques jours. Alors M. revint à *bell.*, les 9 et 29 mai, 13 juin, 8 juillet et 15 août.

Le 31 août, survint un œdème érésipélateux du bras gauche, et un furoncle du bras droit, tandis que l'œil était moins clair; la malade reçut une dose *sulf.*

Le 9 septembre, l'érésipèle et le furoncle avaient disparu; l'œil malade pouvait voir briller la lumière, et une place de la pupille paraissait libre vers l'angle externe.

Le 31 novembre, la malade reçut encore *bell.* 30, quoiqu'elle fut très-bien portante, qu'elle eut grandi, qu'elle allât tous les jours à l'école, s'exposant à tous les temps.

Muhlenbein voulant s'assurer de nouveau si l'*euphrasia* aurait ici quelque efficacité, en donna une goutte 2 et 4, les 8 et 19 janvier, le 1er et 26 février, mais sans succès.

En vue d'éviter tout retour de la maladie, il continua à donner, chaque mois, une dose *bell.*

En avril, la masse grise de l'iris et les pupilles grandirent; mais l'enfant n'en vit pas moins la lumière naturelle et celle du feu.

Le 14 juin, survint une sorte de rhumatisme avec fièvre, qui fut dissipée par *aconit.*, elle n'eut point d'influence sur l'œil.

Le 20 juin, l'enfant prit une fièvre quotidienne, qu'enlevèrent trois doses *china* 10, en six jours.

Depuis ce moment, la malade devint toujours plus saine et plus robuste, avec un œil qui ne changeait plus de forme et d'état. M. fit quelques tentatives avec *rhus*, *bryon.*, mais l'obscurcissement de l'organe resta au point qui a été indiqué, et l'enfant ne prit plus d'autre remède.

Dans l'hiver de la troisième année, l'enfant eut la rougeole avec ses sœurs; une dose *acon.* rendit cette éruption bien plus légère chez notre sujet que chez celles-là; l'œil ne s'en ressentit que très-peu. — Depuis l'enfant s'est montré aussi bien portant qu'aucun autre qu'on puisse voir.

Vingt-huitième observation. — Anna Prenobill, âgée de 52 ans, constitution faible, tempérament colérique, avait depuis sa jeunesse, à l'exception de quelques accès de fièvre, joui constamment d'une bonne santé. Elle fut saisie, en juin, d'une violente ophthalmie, contre laquelle échouèrent tous les moyens ordinaires; elle appela alors le docteur Baudis, qui reconnut l'état suivant.

Céphalalgie, pression encéphalique, la douleur est surtout sus-orbitaire; la pression extérieure sur les yeux y cause de cruelles souffrances; ophthalmie; injection sanguine des veines avec sensation de picotement; pupilles dilatées; photophobie, chaleur dans les yeux, qui, le matin, sont collés; déchiremens et élancemens dans les parotides; dysœcie; bouche pâteuse et sèche; après avoir mangé, pression à l'estomac; déchiremens au coude droit; peau sèche; chaleur générale; pouls vite; peu de sommeil, à cause des grandes douleurs des yeux; rêves au moment de s'endormir; dans le jour, anxiété, fâcherie.

Baudis défendit d'abord le café, dont l'usage plaisait fort à la malade; le 6 août, il lui donna une goutte *bell.* X, et ne permit aucunne application médicamenteuse sur les yeux.

Le 7, après-midi, la douleur de la tête et des yeux s'était accrue pendant quatre heures après le remède; l'opthalmie n'était pas plus forte, et les douleurs avaient diminué dans la soirée. La malade a eu pendant la nuit une grande soif; maintenant les déchiremens des parotides et du coude ont cessé; la peau est moite; le pouls assez lent; elle a dormi six heures sans interruption ou rêveries.

Baudis ne put la revoir jusqu'au 20; le 21, on lui rapporta que les symptômes avaient diminué de jour en jour, et que depuis le 19, elle s'était exposée au grand air. Au 27, la malade elle-même vint chez lui, parfaitement rétablie, et n'offrant pas, dans ses organes précédemment malades, la moindre apparence morbide.

Vingt-neuvième observation. — Une femme jeune, forte, pléthorique, blonde, âgée de 30 ans, souffrait depuis plusieurs semaines d'une très-violente ophthalmie, contre laquelle elle avait employé une quantité de remèdes domestiques, et consulté même aussi un charlatan oculiste.

Tietze, appelé, reconnut les deux yeux très-rouges, mais surtout le gauche, sur lequel, près de la pupille,

existait sur la cornée un bouton jaune de la grandeur d'une lentille. La malade se plaignait de violentes douleurs gravatives et mordicantes, et ne pouvait en aucune manière supporter la lumière du jour; le pouls était très-élevé; toutes les autres fonctions dans l'état normal.

Il donna une portion de goutte *bell.* X.

Quatre jours après, l'inflammation avait diminué, mais il y avait encore photophobie; la malade reçut *nux* X.

L'amélioration marcha si bien que la malade put ouvrir l'œil droit et supporter la lumière; l'œil gauche était encore un peu rouge, le bouton purulent diminuait de diamètre, les yeux larmoyaient encore beaucoup; la douleur avait notablement baissé.

Le quatorzième jour du traitement, la malade reçut *sulf.* I.

Tout alla si bien que la malade, quinze jours environ après, put se passer de bandeau sur les yeux et supporter la lumière du jour, quoique celle du soleil excitât encore un fort larmoiement; le bouton était presque totalement guéri, sans même laisser une place trouble.

Comme cette femme avait eu précédemment de fréquentes et violentes ophthalmies, qui permettaient de conclure qu'elle était atteinte d'un vice psorique, TIETZE lui donna *sepia* X, vingt-trois jours après *sulf.*, et l'on vit disparaître sans aucune trace les derniers restes de la maladie. Plusieurs mois après, la malade avait conservé sa parfaite santé.

N. d. R. Je ne saurais présenter cette observation comme un modèle à suivre; administrer *nux* quatre jours seulement après *bell.* c'est évidemment arrêter en tout ou en partie l'action de cette première substance, c'est se priver du moyen d'en connaître la portée et l'efficacité; certes, ce n'est pas ainsi que SCHUBERT aurait agi; puisque TIETZE avait trouvé de l'amélioration, il aurait dû laisser agir le remède auquel il en était redevable, et ne lui en substituer un autre que quand cette amélioration se serait visiblement arrêtée; telle est la marche rationelle de la thérapie homœopathique, marche de laquelle aucun praticien instruit ne doit dévier, s'il veut mériter le titre de disciple de Hahnemann et les éloges de ceux qui ont à cœur le maintien de la pureté de la doctrine et de son application.

Voyez dans l'*Examen* de BIGEL, t. II, p. 67, une observation pure de l'action de la *belladone* sur une ophthalmie dont étaient atteints une jeune mère nourrice et son nourrisson, et où celui-ci a trouvé sa guérison dans le lait de sa mère, sans qu'il ait été nécessaire de donner à lui-même aucun remède.

Je pourrais joindre ici un grand nombre d'observations d'ophthalmies, tirées de ma pratique journalière, et guéries par *bell.* avec la plus grande facilité; mais après ce qu'on vient de lire, je n'apprendrais rien de nouveau à mes lecteurs; je passe donc à quelque autre affection inflammatoire de la face.

CH.-G. PESCHIER, *docteur*.

(*La suite au numéro prochain*).

—

Observations pratiques par le Docteur CROSERIO.

(Quatrième article.)

—

Effets de la noix-vomique.

Mme G..., âgée de 26 ans, très-brune, les yeux et les cheveux très-noirs tempérament nerveux, vive, irritable, et plutôt disposée à la colère, mais timide; portée aux plaisirs sexuels, à la fin de sa troisième grossesse, était fatiguée par de fausses douleurs, dans les reins vers les hanches, surtout la nuit, qui l'empêchaient de dormir. Je lui donnai *noix-vomique* $\frac{0}{X}$ à prendre trois heures avant dîner. — Ayant oublié de la prendre à l'heure indiquée, et ses douleurs s'étant calmées dans la soirée, elle ne s'occupa plus du médicament.

Six jours après, les douleurs étant revenues le soir, et dans la nuit ayant acquis plus de forces, elle prit, croyant se calmer, la poudre vers 4 heures du matin; mais les douleurs augmentèrent d'intensité, et à sept heures les eaux étaient percées. J'arrivai à huit heures auprès d'elle, le travail était très-avancé, l'orifice de l'utérus tout-à-fait ouvert, mais la tête dans la première position était encore au-dessus du détroit supérieur.

D'après la rapidité et la force avec lesquelles se suivaient les douleurs utérines, je crus que l'accouchement allait se terminer instantanément (quoique cette dame très-mince et d'un bassin étroit eut toujours été très-longue dans les accouchemens précédens). Je la fis placer très-promptement sur le lit de couche; mais après trois heures de douleurs très-fréquentes et vives, et de contractions utérines très-fortes, démontrées par le durcissement et l'élévation de l'utérus, et le gonflement du col pendant les douleurs, je trouvai la tête à la même position, elle n'avançait pas du tout. La femme ne sentait aucune disposition à pousser; elle disait éprouver quelque chose d'extraordinaire qu'elle n'avait jamais senti dans ses couches précédentes, qui l'empêchait de pousser; elle était tout-à-fait sans forces. Le bouillon chaud, l'eau sucrée, rien ne pouvait la ranimer. Elle se désespérait et s'effrayait de cette impuissance inusitée. Pensant alors que cette passivité absolue des forces accessoires à l'utérus pourrait dépendre de l'effet secondaire de la *noix-vomique*, je fis respirer fortement de l'eau de Cologne; quelques minutes après les douleurs prirent leur caractère ordinaire, les contractions abdominales se développèrent avec une force extraordinaire, et l'accouchement eut lieu en deux douleurs.

L'action de la *noix-vomique* qui aurait été suffisante pour calmer l'état douloureux qu'éprouvaient les annexes de l'utérus dans les fausses douleurs, n'a eu aucune influence sur les contractions véritables de ce viscère; leur augmentation a eu lieu malgré son influence; mais, n'a-t-elle pas agi sur ces mêmes annexes par son effet secondaire pour en paralyser l'action si puissante et si nécessaire pour l'accomplissement de la parturition? Cet état opposite de nullité, même au besoin et à la volonté de pousser qui a été si positivement

et si promptement changé par l'effet de la respiration de l'eau de Cologne, semble ne laisser aucun doute sur cette explication ; ce fait nous indique que jusqu'à ce que les principes de l'homœopathie soient devenus plus populaires, il est dangereux de laisser les médicamens à la disposition des malades.

Entre autres choses, cette dame est sujette dans toutes ses couches à des tranchées excessivement fortes ; cette fois, elles ne manquèrent pas aussi de se manifester bientôt après la couche ; pour les apaiser, je donnai dans la soirée ; *noix-vomique* $\frac{0}{X}$ les tranchées se calmèrent bientôt, et cessèrent dans la nuit ; mais le surlendemain, l'afflux du lait dans les seins (la femme ne nourrit pas, et dans ses précédentes couches, la fluxion laiteuse était si peu sensible qu'elle n'eut jamais de fièvre de lait) fut si excessif, que leur gonflement comprimait la poitrine, et la menaçait d'étouffement. J'administrai *pulsatille* $\frac{0}{X}$; une heure après elle était déjà soulagée, la fièvre de lait a promptement diminué ; et au huitième jour de couche, le lait était entièrement tari dans les seins.

Il ne paraît pas douteux que cette sécrétion de lait si abondante, n'ait été l'effet de la *noix-vomique*, qu'il aurait été mieux de remplacer dans ce cas par la *camomille* ou le *café*, parce que la femme ne devait pas nourrir.

Tremblement chronique compliqué.

Mme Maur..., âgée de 60 ans, blonde, grande, fortement constituée, réglée de bonne heure et toujours bien, jusqu'à 50 ans, ayant eu trois garçons qu'elle a nourris, ayant été toujours bien portante. Depuis plusieurs années, elle est fatiguée par une soif inextinguible que rien ne calmait que l'eau et le vin. Comme elle ne mêlait qu'à peu près parties égales de ces liquides, elle buvait de cette manière deux bouteilles de vin et plus par jour. Sous ce régime, peu à peu son appétit s'est perdu ; les jambes se sont enflées ; les forces l'abandonnèrent ; un tremblement s'établit dans les membres supérieurs, et ensuite dans le reste du corps ; puis l'on vit différentes hémorrhagies ; vomissemens de sang ; saignemens du nez et des gencives, etc. ; la tête s'embarrassa, elle devint comme stupide ; perdit le sommeil de la nuit, et avait une somnolence continuelle le jour. Les symptômes les plus graves du *delirium tremens* se développèrent ; cet état offrait le tableau suivant, le 21 avril 1833.

Étourdissement à tomber ; tête lourde ; stupidité ; perte de mémoire ; elle s'embrouille souvent en parlant ; yeux chassieux, jaunes ; paupières et visages bouffis, vergetés ; abondans saignemens de nez, de sang clair et tous les jours ; gencives boursouflées ; saignement des gencives ; flux de salive dans la bouche s'écoulant hors des lèvres ; parole embarrassée ; langue blanche ; dents jaunes, sales ; perte absolue de l'appétit ; soif inextinguible ; appétence excessive du vin ; parfois vomissemens de sang ; selles très-dures, rares et avec efforts ; urines rouges peu abondantes ; crachemens de sang sans toux ; palpitations de cœur ; jambes très-enflées, dures, vergetées, aussi bien le matin en se levant que le soir ; insomnie la nuit ; somnolence le jour ; tremblement général excessif, surtout des mains, de manière qu'on est obligé de la faire manger, et de la soutenir sous les aisselles lorsqu'elle veut marcher. La *noix-vomique*, outre qu'elle répondait à la cause de cette maladie, couvrait la plupart de ses symptômes ; je lui en administrai, à 3 heures de l'après midi, deux globules, 30.

Le 23. Les tremblemens ont beaucoup diminué le jour même de la prise, et le lendemain, elle pouvait marcher et manger seule. Aujourd'hui elle tient un verre en main, sans le moindre tremblement. L'appétit est bon, elle mange de la viande avec plaisir ; la soif est moindre ; elle a eu deux selles bilieuses par jour.

Le 29. Le visage n'est plus bouffi ; le teint est clair et de santé ; bonnes selles tous les jours ; les jambes se désenflent, ne sont plus dures, et sont bien moins grosses le matin ; les urines claires ; son humeur est gaie.

Le 5 mai. Elle n'a eu depuis la prise qu'un très-léger saignement du nez, les autres hémorrhagies ont entièrement cessé ; le mieux général continue.

Le 2 juin. Elle est tout-à-fait bien, excepté que le bas des jambes est encore enflé le soir. Je pense que ce symptôme dépend d'un vice psorique. Je prescris *graph.* $\frac{0}{X}$. Mais bientôt la malade se trouvant assez bien, elle ne croit plus nécessaire de suivre de traitement ; elle reprend son régime ordinaire, en ayant soin cependant de ne boire du vin qu'à ses repas.

Aujourd'hui, 22 novembre, elle n'a pas eu de rechutes ; ses jambes cependant sont toujours enflées.

Affection syphilitique chronique.

M. le baron de Stars..., âgé de 25 ans, blond, constitution sanguino-nerveuse, a eu dans son enfance des gourmes dans la tête ; du reste, il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 22 ans, où il a contracté une gonorrhée qui a été traitée long-temps par le *mercure* en friction, etc. Depuis ce temps, il n'a plus joui d'un mois de bonne santé ; beaucoup de maux de tête, toutes les fois qu'il s'échauffe un peu soit par les alimens, soit par l'exercice, ou par le coït, ou même sans cela ; tous les mois il lui survient des ulcérations chancreuses au gland et au prépuce, et un écoulement gonorrhéique qui durent plusieurs semaines ; un tristesse morale portée jusqu'au dégoût de la vie. Ces accidens étaient toujours précédés par des douleurs de tiraillemens de haut en bas, et comme de rhumatisme, dans toute la partie externe de l'extrémité inférieure gauche, et une courbature générale. Après avoir fait inutilement différens traitemens, moi-même l'année dernière, lui en ayant fait faire un avec le syrop de cuisinier, de 1re cuite, dont il prit trois bouteilles, et la décoction de salsepareille, qui avait amélioré son état général et rendu ses accès moins fréquens, pendant six à huit mois ; voyant ces accidens revenir avec force le printemps dernier, je lui conseillai de tenter l'homœopathie, que j'étudiais. Quoique sans espérance de guérison, il s'y soumit, le 3 mai dernier ; à cette époque sa maladie offrait le tableau suivant.

Écoulement abondant de mucus clair par l'urètre ; cuisson légère dans l'urètre en urinant ; l'intérieur de l'urètre à sa partie bulbeuse est douloureux lorsqu'il presse cette région, soit en s'asseyant, soit en serrant les cuisses l'une

contre l'autre; l'orifice de l'urètre est rouge et enflé; ulcération sur la base du gland, qui produit un écoulement abondant; l'intérieur du prépuce rouge; douleur à la région de la vessie; sensation de brûlure à la partie postérieure des cuisses, surtout de la droite, aux fesses, et aux genoux; il souffre en s'asseyant; les bourses douloureuses, sensation comme si elles étaient enflées; très-porté au coït; il a eu beaucoup de pollutions nocturnes; mal de tête de pression, surtout au front, presque toujours, après les travaux de l'esprit, qu'il aime beaucoup; très-triste; mélancolique; désespoir de guérison; disposé au suicide; il était très-gai avant sa maladie.

D'après les quantités énormes de mercure que le malade avait prises, je présumai que ses souffrances actuelles dépendaient de l'action excessive de cette substance, et d'un vice psorique. Cherchant d'abord à guérir le symptôme qui l'incommodait le plus, après lui avoir prescrit le régime convenable, je lui donnai trois globules de *thuja*, 30.

Le 12 mai. Ses symptômes locaux, après avoir été exaspérés du 2e au 4e jour du médicament, sont beaucoup mieux; le malade est fatigué par des symptômes propres au *thuja*, tels que douleur et serrement au testicule droit, etc.; cependant comme la maladie principale s'améliore, je le laisse agir.

Le 20. Depuis quatre jours, tous les symptômes locaux sont dissipés, il a eu plusieurs fois un dégoût de la vie alterné avec une très-grande agitation, et une exaltation de l'esprit. Aujourd'hui il est beaucoup mieux; je laisse agir le remède jusqu'au 29, où, depuis deux jours il était revenu un peu d'écoulement à l'urètre, et une excoriation légère à la couronne du gland. Je lui donne deux globule d'*acide nitrique*, 30.

Le 24 juin. Les accidens s'étaient dissipés dans la huitaine, mais il était fatigué de la tête. Il y a sur le gland une rougeur d'où suinte un peu d'humidité.

Le 30. Beaucoup de saignemens au nez, trois à quatre fois par jour; il est très-fatigué par le médicament à la tête, et dans les organes digestifs; il est resté trois semaines sans aller à la selle; ensuite il est allé deux fois dans la matinée; des selles molles en petite quantité; son moral est mieux. Aujourdhui son journal note : « Bien portant, si ce n'est un » mauvais goût sec et très-amer dans la bouche, peu après » le dîner; cela est tous les soirs la même chose. » Comme je trouve beaucoup de symptômes du médicament, et qu'il agit favorablement sur le moral, qui était le symptôme qui m'inquiétait le plus, je le laisse encore agir.

Le 6 juillet. La tache rouge du gland suinte encore très-peu.

Le 13. Le prépuce est un peu humide, le symptôme général est bien; les symptômes abdominaux et céphaliques du médicament sont dissipés.

Le 15. Nouveau bouton rempli de sérosité à la base du gland.

Le 18. La tête est lourde (chargée); élancemens, tiraillemens dans le gros orteil droit; encore de la rougeur au gland. Il prend trois globules de *graphite*.

Le 27. Il a éprouvé, le second jour de la prise, des tiraillemens dans les fesses et l'extrémité gauche, ce qui précède ordinairement l'apparition des symptômes locaux de la verge, qui ne se sont cependant pas manifestés; au contraire, la tache rouge du gland s'est dissipée. Hier, après un coït répété plusieurs fois, dont il s'était abstenu depuis le traitement, légère gerçure à la base du gland avec un léger suintement de cette partie.

Le 1er août. Des coliques depuis deux jours, un peu de rougeur et de suintement du gland.

Le 8. Depuis huit jours il est très-bien; hier, après le coït, il a eu un peu de suintement au prépuce. Comme il part pour la campagne, et que le médicament pris paraît agir favorablement, je lui donne un globule de *sepia* à prendre le 28 août.

Le 2 septembre. Il m'écrit qu'il a encore souffert de la tête pendant quelques jours; mais, qu'actuellement sa santé est très-bonne; qu'après le coït, il avait encore eu une légère phlictène au gland, mais qui s'était guérie en vingt-quatre heures.

Le 25 septembre. Il n'a ressenti aucun effet sensible de la *sepia*, seulement il n'a plus éprouvé aucun symptôme de maladie, quoiqu'il ait vu plusieurs fois des femmes avec excès. Je lui fais prendre encore deux globules de *sepia*, 30

Aujourd'hui, 26 novembre. La semaine dernière, il a voulu essayer s'il était bien guéri; pendant plusieurs jours, il a fait toute espèce d'excès, de table, de vin et de femmes, avec des amis, et il n'en a pas éprouvé le moindre dérangement. Sa première gaieté est revenue entièrement, et tout annonce un rétablissement parfait.

Effet du phosphore sur la conception.

Le docteur Rummel rapporte dans la *Gazette générale de l'homœopathie*, de Leipzig (t. III, p. 41), une observation et des remarques très-intéressantes sur l'effet du *phosphore* sur la conception, lequel par son action particulière sur les organes génitaux, est un puissant secours dans la stérilité, lorsque d'ailleurs l'ensemble de la maladie s'accorderait avec ses symptômes. L'observation suivante confirmerait cette opinion.

Mme G..., âgée de 25 ans, petite, brune, d'un tempérament nervoso-sanguin, a eu beaucoup de gourmes, des vers, dans son enfance; réglée à 14 ans, assez bien; mariée à 21 ans : elle est accouchée heureusement de son deuxième enfant, il y a trois mois et demi. Elle avait souffert depuis quelques années de maux de poitrine qui faisaient craindre une maladie chronique du poumon. Ces accidens ont surtout été très-prononcés pendant sa dernière grossesse. Dix jour après sa couche, s'étant exposée imprudemment à un courant d'air, elle eut une inflammation du sein, très-violente, que la *camomille*, la *pulsatille*, et le *soufre*, donnés à des intervales convenables, ne purent empêcher de se terminer par un abcès énorme, qui s'ouvrit sous l'action du dernier remède, au bout de douze jours, le 1er septembre, par une escarre ronde d'un pouce et demi à deux pouces de diamètre. Seulement, les souffrances furent très-modérées, de manière que la malade trouvait extraordinaire d'avoir entendu dire que l'on souffrait autant pour un mal au sein.

Après que l'escarre fut détachée (deux jours après), elle offrit une plaie de la largeur de la paume de la main; à la partie supérieure, la peau était détachée et amincie dans

une grande étendue, la plaie fut couverte avec le cérat homœopathique (cire et moelle de bœuf).

Le 8. La plaie s'était déja rétrécie, le fond en était rose et de très-bonne couleur ; sans douleurs ; la glande mammaire toujours dure et grosse. La malade se plaignait en outre d'une douleur brûlante dans la poitrine et dans le dos ; les pommettes étaient très-rouges; son humeur très-variable, de pleurs et de gaieté ; très-irritable et disposée à la colère (dans l'état de santé elle est très-douce, mais entêtée). Je prescrivis un globule de *phosphore*, 30.

Le 20. Les bords de la plaie sont recollés et entièrement raffermis, la plaie très-belle, n'a plus que la largeur d'une pièce de deux francs, et est entièrement au niveau de la peau; la dureté et le volume de la glande ont beaucoup diminué, ainsi que la douleur de poitrine; la santé générale est bonne.

Le 1er octobre. La plaie est entièrement cicatrisée ; la glande mammaire est encore un peu plus grosse que celle de l'autre côté ; les règles ne sont pas revenues, cependant elle se porte bien.

Le 20 octobre. Elle éprouve un peu de gêne, de chaleur dans la poitrine ; le sein n'a pas encore entièrement repris son volume naturel ; constipation ; bon appétit, sommeil lourd et prolongé le matin tard. *Soufre*, un globule, 30.

Le 15 novembre. La santé est très-bonne ; quelques maux de cœurs midi (symptôme constant dans ses précédentes avant grossesses) ; les règles ne sont pas revenues.

Aujourd'hui, 27 novembre, trois mois et demi après l'accouchement, aucun indice de retour de couches, et tout fait présumer une grossesse ; cependant l'acte conjugal n'a été exercé qu'avec toutes les précautions imaginables pour frustrer les lois de la nature.

Quoiqu'il ne soit pas rare de voir des grossesses arriver pendant qu'on croyait avoir pris des mesures pour les prévenir, alors il arrive toujours quelques circonstances où on les a négligées ; mais, dans le cas précédent, l'intérêt que le mari portait à la santé de sa femme, son affirmation positive, tout me porte à me convaincre qu'il a fallu une susceptibilité organique bien extraordinaire pour que la conception eût lieu.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

MAI 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

De l'amaurose suite de la colique de plomb ; Par A. DUPLAY, *chef de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié.*

Parmi les auteurs qui se sont occupés de l'amaurose, quelques-uns seulement ont signalé comme cause de cette maladie l'empoisonnement par les préparations de plomb ; mais tous ont passé légèrement sur cette particularité. C'est une cause qui ne semble pas leur offrir plus d'intérêt que les autres, et qu'ils laissent confondue au milieu de toutes celles qui peuvent produire l'amaurose. D'un autre côté, la plupart des auteurs qui traitent de la colique métallique n'ont pas parlé de cet accident qui apparaît quelquefois seul, quelquefois accompagné d'autres symptômes nerveux, chez les individus qui ont été soumis à l'influence des préparations saturnines. Il en est bien quelques-uns qui signalent le fait, mais ils passent sur lui avec la même légèreté que les ophthalmologistes dans leurs traites sur l'amaurose.

Cette sorte d'indifférence de la part des auteurs pour un accident qui est pourtant digne d'intérêt sous plus d'un rapport, laisse dans l'histoire de l'amaurose et dans celle de la colique de plomb une lacune que nous ne comblerons pas sans doute, mais sur laquelle nous chercherons à fixer l'attention des observateurs.

Les faits d'amaurose à la suite de la colique de plomb ne sont pas très-communs ; à peine en trouve-t-on quelques-uns épars çà et là dans les auteurs et les recueils périodiques. Est-ce parce que le fait par lui-même ne paraissait pas assez intéressant? est-ce parce qu'il a passé inaperçu au milieu d'autres symptômes nerveux ? Ces deux causes peuvent avoir influé sur la rareté des faits de ce genre. M. Rayer, dans le service duquel j'ai observé un cas d'amaurose produite par les préparations de plomb, m'a dit n'avoir vu cet accident que deux ou trois fois. Plusieurs médecins de la Charité qui ont traité un grand nombre de malades affectés de colique métallique, m'ont assuré n'avoir vu que très-rarement l'amaurose survenir pendant le cours de cette maladie. D'un autre côté, je me rappelle avoir entendu dire par M. Trousseau, dans une des séances du concours pour la chaire de clinique médicale, que cet accident n'était pas rare à la suite de la colique de plomb, et qu'il l'avait observé un très-grand nombre de fois.

Quoi qu'il en soit de la fréquence de cet accident, il survient d'une manière si brusque, il jette dans un tel état d'inquiétude et les malades qui sont quelquefois privés tout-à-coup de la vue, et le médecin témoin de l'accident, qu'il est vraiment utile de l'étudier d'une manière toute spéciale. Quelle sera la durée de l'amaurose ? de quelle manière se terminera-t-elle ? Le malade doit-il recouvrer la vue, ou bien l'a-t-il perdue pour toujours? cette complication exige-t-elle un traitement à part? Toutes ces questions se présentent nécessairement à l'esprit du médecin témoin d'un fait de ce genre, et il serait du plus haut intérêt de pouvoir les résoudre. Or, il n'était possible de le faire qu'en rapprochant les uns des autres les faits de ce genre qui ont été observés, et qui à la vérité sont en fort petit nombre.

Le premier fait que nous allons rapporter a été observé à l'hôpital Saint-Antoine, et se trouve consigné dans un mémoire sur l'emploi du sulfate d'alumine dans la colique métallique. Quoique l'on y passe assez légèrement sur l'accident qui nous occupe, cette observation n'en est pas moins intéressante sous plusieurs rapports.

Obs. I.re — *Colique métallique chez un individu déjà plusieurs fois affecté de la même maladie. Symptômes cérébraux, puis amaurose. Emploi du sulfate d'alumine et des purgatifs. Guérison de l'amaurose et de la colique métallique* — J. Maiseau, d'une forte constitution, d'un tempérament bilieux, âgé de 40 ans, tonnelier, fut porté le 27 février à Saint-Antoine, dans un état que je pris d'abord pour celui de l'ivresse. A cet état succédaient par intervalles des accès d'une fureur telle, que Maiseau cherchait à se précipiter sur les personnes qui l'entouraient. Il avait l'air hagard, prétendait qu'on en voulait à ses jours, et au moindre bruit il se mettait sur ses gardes. Cherchait-on à exercer une pression sur l'abdomen, il entrait aussitôt en fureur et faisait des menaces. Cependant il semblait soulagé par cette pression ; le pouls était d'une lenteur extrême. Privé de renseignemens, je ne savais à quoi attribuer cet état, lorsqu'on nous apporta les papiers de Maiseau. Nous y trouvâmes plusieurs certificats qui constataient que ce malade avait été traité plusieurs fois de la colique métallique ; un surtout, qui portait que Maiseau était sorti de la Charité le 11 février, guéri de la colique métallique, après un séjour de trois mois. D'après cet indice, nous ne balançâmes point à lui donner un gros de

sulfate d'alumine et un lavement purgatif. Trois heures après, il eut un peu de calme ; la nuit fut assez tranquille ; pas de selles.

Le 28, Maiseau n'est plus dans le même état de fureur ; mais les facultés intellectuelles sont toujours perverties ; le pouls est très-lent, l'abdomen très-douloureux ; le malade branle continuellement la tête en l'agitant dans tous les sens. Les yeux sont grandement ouverts ; la langue est sèche et rugueuse. (Sulfate d'alumine, 2 gros, lavement purgatif toutes les heures ; tisane de lin.)

Le soir à quatre heures, le malade a recouvré ses facultés intellectuelles ; il répond juste a nos questions, et nous affirme n'avoir aucune réminiscence sur ce qui s'est passé ; il a toujours des coliques ; *il est privé de la vue* (*amaurose*) ; il a des tremblemens dans tous les membres qui sont comme brisés. Pas de selle. (Sulfate d'alumine, 2 gros ; deux lavemens purgatifs.)

Le 29, plus de douleur, plus de tremblement ; retour de l'appétit, mais *l'amaurose subsiste*. Quatre selles pendant la nuit. Le 1.er mars, même état. Le 15, il a entièrement recouvré la vue. Depuis le 3 jusqu'au 12, il a pris chaque jour un gros de sulfate d'alumine : plusieurs furoncles se sont successivement montrés sur le tronc et sur les fesses. Enfin il est sorti parfaitement guéri après cinquante-trois jours d'hôpital.

Il est fâcheux que l'on ait omis dans le commémoratif plusieurs circonstances qu'il aurait été intéressant de noter. Dans les premières attaques de colique métallique, le malade avait-il déjà été frappé de cécité, ou bien avait-il éprouvé quelque autre perversion des sens ? Il aurait été curieux de l'indiquer, afin de pouvoir établir si cet accident, comme les autres troubles de l'innervation, se montre pendant une première attaque de colique saturnine, plus souvent qu'après plusieurs attaques successives. Dans ce fait, on aurait aussi trouvé avec plaisir des renseignemens plus détaillés sur le genre d'occupation qui avait fait contracter la colique métallique à ce malade, et il aurait été du plus grand intérêt de savoir si depuis sa sortie de la Charité, après un traitement de trois mois, Maiseau avait été de nouveau soumis à l'influence des émanations de plomb, ou bien si ces nouveaux accidens n'étaient que la suite et la prolongation des premiers.

Obs IIe. — *Colique métallique chez un individu qui en a éprouvé plusieurs atteintes. Amaurose survenant avec rapidité, Accès épileptiformes. Nouveau retour de l'amaurose. Guérison rapide.* — Vallée, peintre en bâtimens, âgé de 21 ans, d'une constitution forte, habituellement bien portant, entre à l'hôpital de la Charité le 13 janvier 1832. En 1828, il avait été pris de la colique de plomb, mais elle avait cédé à l'usage des purgatifs sans qu'il eût survenu d'accident. Pendant plus de quatre ans il n'avait éprouvé aucun accident de ce genre, quoiqu'il eût continué son état. Pendant les six mois qui précèdent son entrée à l'hôpital, Vallée est employé à peindre un bâtiment très-vaste, et il fait usage du blanc de céruse. Au bout de peu de temps il éprouve quelques atteintes légères de colique. Il n'en continue pas moins ses travaux, qu'il est cependant obligé de suspendre à plusieurs reprises. Enfin, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, le mal redouble ; les coliques sont tellement fortes que le malade cesse complétement de travailler. A son entrée il présente l'état suivant :

13 janvier. Face rouge, pouls normal, langue humide, nausées, plusieurs vomissemens, abdomen légèrement douloureux à la pression. Coliques très-fortes avec exacerbations violentes, et un sentiment de torsion à la région ombilicale, arrachant des plaintes et des cris au malade. Constipation opiniâtre ; pas de selles depuis trois jours. Crampes dans les extrémités inférieures qui jouissent de l'intégrité de leurs mouvemens et de leur sensibilité. (Huile de croton-tiglium, 2 gouttes dans un rob de sureau ; chicorée avec sulfate de soude, ℥ij ; lavement purgatif).

14. Face toujours rouge, pouls normal, langue humidide et blanche ; pas de selles. Les coliques sont très-vives ; le malade s'agite, se tord dans son lit, en poussant des cris plaintifs. Les crampes sont toujours très-vives dans les extrémités inférieures, et se font ressentir principalement dans les jarrets. (Huile de croton, 2 gouttes ; opium, gr. ij ; chicorée avec sulfate de soude, ℥ ß ; lavement purgatif.)

Pendant la journée, plusieurs évacuations alvines. Amélioration très-marquée dans l'état du malade ; cessation complète des coliques et des crampes. Pendant la nuit, nouvelle exacerbation, nouvelles coliques. Aussi le 15 au matin le malade est-il à-peu-près dans le même état que la veille à la visite. (2 gouttes d'huile de croton ; opium, gr. ij ; orge, miel ; lavement purgatif des peintres).

Le 16, amélioration notable après plusieurs évacuations alvines qui ont eu lieu pendant la nuit. Le 17, le malade n'éprouve plus aucune douleur, et son état parait tout-à-fait satisfaisant ; mais le soir les coliques reparaissent avec une nouvelle intensité. Pendant la nuit elles sont assez fortes pour empêcher le malade de dormir et pour lui arracher des plaintes.

Le 18 au matin on prescrit (huile de ricin une once et demie chicorée miellée, lavement purgatif).

Le 19, nausées, langue rouge à sa pointe, légèrement poisseuse. Abdomen plus sensible à la pression, quoique les coliques soient presque nulles. Malaise général, lassitudes. Le malade a eu trois évacuations alvines après l'huile de ricin de la veille. (Chicorée miel., lavement simple, bouillon.)

Le 20, signes de gastrite ; la langue est rouge à sa pointe, elle est villeuse ; elle colle au doigt. Nausées ; abdomen sensible à la pression ; du reste, pas de coliques, pas de fièvre. (20 sangsues à l'épigastre, bain de siège, lavement de guimauve).

Le 21, amélioration très-notable, abdomen indolent, sensibilité de l'épigastre presque nulle. (Bain de siége, lavement de guimauve.)

Quelques instans après la visite, nouvelles coliques qui arrachent des cris au malade. Tout-à-coup Vallée cesse de distinguer les objets qui l'environnent. Au bout de très-peu de temps il ne perçoit même plus la lumière ; il pleure, se désole, et se croit condamné à une cécité complète. Cependant M. Rayer le rassure, et lui promet le retour prochain de la vue. Le soir, nouveaux accidens nerveux, il survient tout-à-coup un accès épileptiforme. Le malade perd connaissance, il est pris de convulsions ; il s'agite violemment, et ses lèvres laissent échapper une écume abondante. L'accès dure environ une demi-heure et se renouvelle pendant la nuit.

Le 22, le malade est assoupi; on le réveille avec peine; il répond lentement et de mauvaise grace aux questions qui lui sont adressées; la vue n'est pas revenue; les yeux sont fixes, les pupilles dilatées. L'extrémité du doigt, dirigée rapidement vers le globe de l'œil ne fait exécuter aucun mouvement aux paupières. L'exposition subite de l'œil à la lumière ne détermine aucun mouvement de l'iris. Le malade se plaint; il pleure de désespoir d'avoir perdu la vue. Le pouls est fréquent, la langue blanche et humide; rien du côté de l'abdomen. (2 lavemens de lin, orge miel., vésicatoire à la nuque).

Le soir, l'état du malade est complétement changé: il répond bien à tout ce qu'on lui demande. L'œil a perdu sa fixité; la pupille offre des alternatives de dilatation et de resserrement; le malade peut distinguer les objets qui l'entourent, mais il les aperçoit à travers une espèce de brouillard. Le 23, aucun nouvel accident; la vue est nette. Rien du côté de l'abdomen. (Orge miel., lavement émollient, bouillon.)

Pendant quatre jours l'état du malade est excellent, et aucun accident ne se montre; mais le 28, après la visite, il survient tout-à-coup du trouble dans la vision. Le malade aperçoit comme à travers un brouillard les objets qui l'environnent; cependant il peut encore les distinguer. Du reste, pas de céphalalgie, pas de changemens dans la circulation. Au bout de deux heures la vue était nette, et cette espèce de voile qui l'avait obscurcie était entièrement tombé.

Depuis ce moment aucun accident ne reparut, et le malade sortit quelques jours après. Au bout de deux mois il revint avec des symptômes de colique de plomb, quoiqu'il n'eût pas fait de nouveau usage du blanc de céruse, et qu'il se fût abstenu de travailler. Des purgatifs firent de nouveau disparaître les accidens, mais il se manifesta une irritation gastro-intestinale violente à laquelle on opposa les antiphlogistiques. Enfin, comme la première fois, il survint des accès épileptiformes, puis des symptômes cérébraux alarmans. Il y eut un délire violent; le malade vociférait et courait dans la salle. Plusieurs saignées générales et locales ramenèrent le malade à un état parfait de santé. Il est à remarquer que pendant cette rechute on n'observa aucun trouble des sens, et que la vue resta parfaitement intacte.

Le malade resta ensuite pendant deux mois en qualité d'infirmier dans les salles de l'hôpital, sans avoir éprouvé de nouveaux accidens. Vers cette époque il quitta l'hôpital et entra en maison.

Comme le malade précédent, Vallée n'était pas atteint de la colique métallique pour la première fois, il en avait eu plusieurs atteintes. Depuis six mois il était sous l'influence des préparations de plomb, et la cause toxique avait eu le temps d'agir profondément sur l'économie. Aussi la voyons-nous étendre son action sur l'individu long-temps après qu'il a cessé d'y être exposé. Ici encore coexistent d'autres symptômes nerveux, au milieu desquels l'amourose aurait pu passer inapperçue si elle les eût suivis; mais elle les précéda et resta seule pendant plusieurs heures, ce qui permit de bien la constater. L'apparition et la cessation brusque de l'accident sont également dignes de remarque. Devons-nous attribuer à l'application du vésicatoire le retour de la vue? Nous l'avons vu revenir dans le cas précédent, sans qu'aucune médication particulière ait été employée, et c'est ce que nous verrons aussi dans quelques-unes des observations qui vont suivre. De plus, le vésicatoire fut appliqué le matin, et le soir la vue était entièrement revenue avant que le révulsif eût produit son effet.

L'observation suivante sera empruntée par nous à deux journaux à-la-fois. Dans l'un nous verrons le malade sortir d'un hôpital après avoir été traité par le sulfate d'alumine, et figurer dans un mémoire comme un exemple de guérison par cette méthode; dans l'autre (1), auquel nous empruntons la fin de son histoire, nous voyons le même individu reparaître dans un second hôpital, huit jours après sa sortie du premier, et, quoique *parfaitement guéri*, présenter des accidens au moins aussi graves que ceux pour lesquels il était entré dans le premier hôpital.

Obs. III.—*Première attaque de colique métallique, compliquée de surdité et d'amaurose. Trois ans après nouvelle attaque avec surdité, amaurose complète et troubles divers de la vision. Un mois après, récidive sans accidens nerveux; nouvelle guérison. Nouvelle récidive trois semaines après, amaurose, surdité. Guérison.* —Mabille, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 23 ans, avait été affecté deux fois de la colique métallique. La première fois, il y a trois ans, il fut traité chez lui; il ne se rappelle que les lavemens nombreux qu'on lui administra: il fut *sourd et aveugle* pendant quatre ou cinq jours (2). La seconde fois, il y a un mois, il resta quinze jours à la Charité (3). Sorti de cet hôpital avec toutes les apparences d'une guérison durable, il alla passer quelques jours à la campagne pour éviter toute cause qui pourrait redonner lieu à la colique métallique; et pourtant, celle-ci se déclara huit jours après, avec plus d'intensité que jamais. Vaincu par le mal, Mabille se rend à l'hôpital Saint-Antoine le 5 juillet, dans l'état suivant:

Abattement extrême et du physique et du moral; pupilles très-dilatées; abdomen rétracté et très-sensible à la pression. Coliques atroces et continuelles; depuis deux jours, constipation, nausées fréquentes, pas de vomissemens. Douleurs vagues et fourmillement dans les membres thoraciques; secousses dans les membres pelviens; céphalalgie occipitale. Langue sèche et noirâtre; bouche amere, inappétence; pouls d'une lenteur extrême, 32 pulsations par minute; peau froide et humide. (Tisanne adoucissante, julep gommeux. Sulfate d'alumine un scrupp. lavement purgatif).

---

(1) *Journ. gén. des hosp. civils et milit.*, n° 20, 5 septembre 1828.

(2) Dans le commémoratif de l'autre observation, le malade a prétendu n'avoir recouvré l'usage complet de la vue et de l'ouïe que peu-à-peu, et deux mois après la cessation des autres accidens de la colique métallique.

(3) L'autre observation porte que cette fois encore il devint sourd et aveugle, circonstance qui ne fut pas notée par le premier observateur, mais qu'il ne tarda pas à voir se dissiper sa surdité et son amourose. Pendant cinq jours à partir du moment où ses yeux redevinrent sensibles à la lumière, les objets qu'il fixait, quelle que fût leur couleur, lui paraissaient tout blancs; et quand il était prêt à s'endormir, les visions les plus bizarres lui apparaissaient.

Le 6 ; pas de selles. Le malade verse des larmes, tant il souffre ; il pousse des gémissemens, son pouls ne donne que 38 pulsations. Il a des vomissemens de matières porracées flamenteuses. (Sulfate d'alumine 2 gros. Deux lavemens huileux).

Le 7 ; même état, point de selles. (Sulfate d'alumine 3 gros. Un lavement huileux toutes les demi-heures).

Le 8 ; les coliques sont moins fortes, le pouls donne 30 pulsations ; pas de selles. (Même prescription.). Le soir à 4 heures, même état. Sulfate d'alumine 3 gros.

Le 9 ; une selle abondante sur les 4 heures du matin. Immédiatement après, soulagement marqué. Le pouls donne quarante pulsations ; la langue est humide et blanche. (Même prescription.)

Le 10 ; deux selles dans la matinée ; les autres jours, convalescence. Mabille a pris encore trois gros de sulfate d'alumine jusqu'au 13, et le 16 il est sorti en parfaite santé.

Ici commence l'autre partie de l'histoire de Mabille. La scène change, et cette fois le malade est observé à la Charité dans le service de M. Chomel. Il paraît que la guérison par le sulfate d'alumine ne fut pas de longue durée, car vers le 8 ou 9 août, Mabille commença à éprouver une grande faiblesse avec engourdissement dans les bras et dans les jambes ; les coliques survinrent, puis la constipation, la retraction du ventre, des envies de vomir, de la céphalalgie, et au bout de 48 heures, *diminution des sens de la vue et de l'ouie, bientôt amaurose complète* qui était entièrement dissipée lors de l'entrée du malade à l'hôpital de la Charité le 13 du même mois. Depuis le 14 jusqu'au 20, on administra le traitement dit de la Charité, et dans ce laps de temps, on observa les symptômes suivans :

Le premier jour *réapparition de la surdité et de l'amaurose* qui se dissipèrent le lendemain ; la langue devint douloureuse, se tuméfia surtout dans sa partie antérieure ; elle était couverte d'une exsudation membraniforme et offrait l'empreinte des dents. Au bout de trois jours, sans traitement direct, le gonflement disparut. Les premiers jours il y eut encore du trouble dans les idées. Le malade crachait sur son lit, croyant le faire dans son mouchoir. Enfin, jusqu'au 21, plus de douleur, pesanteur de tête, peu de sommeil. Tous les symptômes de colique métallique ont disparu. (Trois soupes, thériaque avec opium un grain le soir).

Le 23 ; le malade a depuis la veille un élancement dans l'œil gauche et une douleur assez vive dans le même côté de la tête. (Bain ; chiendent miellé, demi-portion).

25 ; même état, céphalalgie générale. Le 26 elle a disparu, le malade demande sa sortie qui a lieu le 27.

Ici nous rencontrons une complication nouvelle et que nous n'avons pas observée chez les malades précédens, c'est la surdité, qui se lie assez souvent à l'amaurose dans les cas de ce genre. Le malade offre cela de particulier que dès la première attaque de colique métallique il est frappé d'amaurose et de surdité. Chez les deux autres au contraire l'amaurose et les autres troubles de l'innervation ne s'étaient montrés qu'après plusieurs récidives de la colique. Chez Mabille, les accidens nerveux se reproduisent avec une remarquable uniformité, l'amaurose et la surdité apparaissent et se dissipent en même temps que les symptômes de la colique de plomb. Une seule fois la vue resta intacte, c'est cette fois où le malade entra à l'hôpital St.-Antoine.

Nous ferons encore remarquer au sujet de ce malade, comme accidens insolites, ces aberrations de la vue que nous n'avons pas encore rencontrées sur d'autres malades ; je veux parler de cette coloration blanche que semblaient prendre les objets que fixaient Mabille, et ces sortes de visions, cette fantasmagorie singulière qui l'obsédaient quand il venait à fermer les yeux. Ces troubles légers de l'innervation remplacent ici ces troubles beaucoup plus graves, ces accès épileptiformes, ce délire, observés chez les malades précédens ; ici l'amaurose se montre bien isolée et bien indépendante d'accidens graves.

Du reste ces troubles singuliers de la vision existent quelquefois seuls et sans qu'il y ait eu amaurose complète : et nous ne pouvons à ce sujet passer sous silence, un trouble de la vue bien singulier et bien remarquable observé par un auteur allemand.

« Un jeune peintre, dit-il, très-colérique, grand buveur, très-souvent constipé, contracte dans ses ateliers la colique métallique. Depuis cet accident, il ne voyait pendant long-temps que la moitié de chaque objet qu'il regardait ; ces symptômes d'hémiopie se dissipèrent avec la guérison de la colique de plomb (1). »

M. Andral, dans la *Clinique*, cite un cas de colique de plomb dans lequel on observa, comme trouble de la vision, une diplopie qui disparut avec les symptômes abdominaux. On peut voir par là combien peuvent varier ces perversions du sens de la vue.

Chez ce malade les accès sont rapprochés, ils se reproduisent à des intervalles à-peu-près semblables ; aussi nous semble-t-il qu'ils peuvent être considérés comme formant une seule et même attaque à rémissions et exacerbations, et cela avec d'autant plus de raison que dans l'intervalle de chaque récidive le malade ne s'était pas exposé à un nouvel empoisonnement. Nous y voyons une cause toxique qui a profondément agi sur l'économie, qui la tient sous sa dépendance long-temps encore après qu'elle ne se révèle plus par ses effets, et qui semble se réveiller tout-à-coup, après avoir, pour ainsi dire, sommeillé pendant quelques temps. C'est ce que nous voyons du reste dans d'autres cas où le système nerveux a été aussi influencé par des agens délétères d'une autre nature. Dans la fièvre intermittente, par exemple, cette cause délétère que nous ne pouvons pas encore bien connaître, et cette modification particulière du système nerveux qui se produit alors et que nous ne pouvons encore apprécier par nos moyens d'investigation, tiennent long-temps toute l'économie sous leur dépendance. On voit la fièvre disparaître souvent d'une manière assez prompte, puis se montrer de nouveau sous l'influence de la cause la plus légère, et d'autres fois, après un temps plus ou moins long, donner lieu à des accidens terribles par leur intensité, par leur marche prompte et insidieuse, et dont l'œil même

(1) Vater, Thèses d'Allemagne, cité par M. Rognetta, dans un mémoire intitulé : *Recherches sur les causes et le siége de l'amaurose;* et dans la *Revue méd.* et *Journ. de clinique*, 1832. tome IV.

le plus exercé peut souvent à peine reconnaître la véritable origine.

Nous ferons encore remarquer que, lors de la première attaque de colique, la vue ne fut entièrement rétablie qu'au bout de deux mois. C'est ce que nous ne retrouverons ni dans les faits précédens, ni même les autres fois que le malade fut affecté de colique métallique. Il est singulier que l'accident ait été plus grave la première fois que les autres; car, dans la colique métallique, les troubles du système nerveux sont d'autant plus intenses que la maladie a récidivé un plus grand nombre de fois. La paralysie des poignets, par exemple, ne se montre ordinairement que chez les individus qui ont été à plusieurs reprises affectés de la colique saturnine. Chez ce malade, au contraire, l'amaurose a persisté beaucoup plus long-temps la première fois que les autres. Cette durée dans le trouble de la vision est importante à noter sous le rapport du prognostic; il serait à désirer que la science possédât, sur ce point, plus de faits bien observés, afin que l'on pût établir d'une manière un peu exacte la durée la plus ordinaire de l'amaurose produite par les préparations de plomb, et les chances que le malade peut avoir pour recouvrer la vue.

Dans les observations précédentes, à l'exception de cette dernière, nous avons vu l'amaurose se dissiper d'une manière aussi rapide qu'elle avait paru; d'après ces faits on devrait conclure que cet accident n'est jamais grave et qu'il disparaît avec les symptômes de la colique métallique; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'amaurose, après s'être montrée d'une manière brusque, peut survivre aux accidens de la colique et résister aux moyens même les plus énergiques, comme nous avons pu le constater chez une malade dont nous allons rapporter l'observation. Cette femme est actuellement à la Salpétrière; elle est entièrement aveugle; un de mes amis, à qui j'avais parlé du petit travail que je faisais sur cette variété de l'amaurose, m'indiqua cette malade comme un exemple malheureux de cette affection; il me conduisit auprès d'elle, et cette femme, qui paraît fort intelligente, m'a donné sur sa maladie les détails que je vais rapporter.

Obs. IVe. *Première attaque de colique métallique. Guérison au bout de quinze jours. Un an après, nouvelle attaque. Amaurose. — Accès épileptiformes. — Persistance de l'amaurose malgré les traitemens les plus énergiques.* — Catherine Gonet, âgée de 36 ans, travaillait au blanc de céruse depuis un an, lorsqu'elle fut prise des symptômes de la colique métallique. Elle entra à l'hôpital Cochin, avec tous les signes de la colique des peintres. Cette fois elle présenta quelques troubles de l'innervation; elle avait des crampes dans les membres supérieurs, mais elle n'éprouvait aucun trouble des sens. Les purgatifs et les vomitifs dissipèrent en quinze jours les accidens de la colique, et la malade sortit à cette époque dans un état satisfaisant. Quinze jours après sa sortie, elle put reprendre son travail. Pendant un an, cette malheureuse qui n'avait pas d'autre moyen d'existence continua de travailler; cependant elle était souffrante, tourmentée par des nausées presque continuelles et par une constipation souvent opiniâtre; son appétit était languissant; enfin au bout de ce temps, des symptômes de colique saturnine se montrèrent; les douleurs abdominales devinrent intolérables, les poignets s'affaiblirent considérablement, la main se fléchit sur l'avant-bras, et Catherine Gonet se décida à entrer à l'hôpital de la Charité. On lui administra le traitement dit de la Charité: elle eut de nombreuses évacuations par haut et par bas et au bout de quinze jours, les accidens observés du côté du ventre et du système nerveux se dissipèrent entièrement. La malade se préparait à quitter l'hôpital, lorsque, pendant la nuit qui précéda son départ, après s'être cependant couchée très-bien portante, elle est prise d'une céphalalgie excessivement intense et en même temps de coliques atroces; elle pousse des cris, s'agite, se tord sur son lit, tombe plusieurs fois à terre et se roule sur le sol. Ces accidens s'étaient montrés vers minuit, et à deux heures, presque tout-à-coup, la malade perdit complétement l'usage de la vue. Elle n'apercevait aucun des objets qui l'entouraient, pas même la lumière que l'on approchait de son visage. Elle entendait bien tout ce qui se faisait autour d'elle; la sensibilité était exaltée, car le moindre bruit, me dit-elle, lui était insupportable. Le lendemain à la visite, le médecin la trouva complétement aveugle. On lui fit une saignée de l'artère temporale et on lui appliqua des sangsues en même temps que l'on donna des purgatifs. Mais les jours suivans il survint du délire, des convulsions assez violentes pour que l'on fût dans la nécessité d'employer la camisole de force. La malade éprouva des accidens entièrement analogues à ceux qui furent observés chez Vallée (deuxième observation); pendant tout ce temps on renouvela les applications de sangsues, on pratiqua plusieurs autres saignées du bras et du pied et l'on appliqua plusieurs vésicatoires aux extrémités inférieures et à la nuque. Les accidens disparurent à l'exception de l'amaurose qui resista à toute espèce de traitement. Pendant dix-huit mois la malade resta à la Charité; c'est au bout de ce temps qu'elle fut placée à la Salpêtrière. Là, on essaya encore de traiter cette malheureuse; on employa les purgatifs, le séton à la nuque, la cautérisation syncipitale avec la pommade de Gondret. Ce dernier moyen sembla apporter quelque amélioration; mais le choléra étant survenu, le traitement fut interrompu et n'a pas été repris. La malade avait cessé de voir ses règles à dater de ces derniers accidens de colique métallique; on essaya aussi en vain de les rappeler, elles ne reparurent pas.

Lorsque j'ai vu cette femme, j'ai examiné ses yeux. Les pupilles sont dilatées; le gauche l'est un peu plus que la droite. Cette dernière jouit encore de quelques mouvemens; la gauche au contraire est tout-à-fait immobile. Cette malheureuse peut distinguer le jour de la nuit; elle perçoit les mouvemens rapides que l'on exécute devant l'œil droit, mais il lui est impossible de distinguer les objets.

Voilà certes un fait qui donne à penser: on peut donc, à la suite de la colique métallique, perdre la vue pour toujours, car il est bien probable que Catherine Gonet est vouée à une cécité complète pour le reste de ses jours. Aussi, cet accident qui tout-à-l'heure paraissait léger, que l'on voyait apparaître tout-à-coup pour disparaître en quelques heures; qui se montrait à plusieurs reprises chez le même sujet, peut donc résister à toute espèce de traitement. Nous voyons encore chez cette femme une action long-temps prolongée du poison: pendant un an elle est en proie à des accidens,

faibles à la vérité, mais continuels; on conçoit combien, dans ces cas, l'économie doit être profondément affectée, et combien les accidens lorsqu'ils éclatent doivent présenter de gravité.

Nous émettrons au sujet de cette malade une opinion peut-être bien hasardée, car pour qu'elle ne le fût pas, il faudrait qu'elle s'appuyât sur des faits nombreux, et, comme nous l'avons déjà dit, on trouve peu d'observations d'amaurose produite par les préparations de plomb, et surtout d'amaurose incurable. Nous voulons parler du traitement qui fut mis en usage. Les saignées furent employées avec profusion; au rapport de la malade, on y revint un grand nombre de fois. Nous nous demandons si, dans ces cas, les évacuations sont utiles, si même elles ne sont pas nuisibles, surtout poussées un peu loin. Nous nous demandons si, dans ces cas, le traitement antiphlogistique, dirigé contre l'amaurose succédant à un empoisonnement par les préparations de plomb, a plus d'action que les antiphlogistiques dirigés contre les symptômes abdominaux dépendant de la même cause. Or, les évacuations sanguines employées dans ce dernier cas sont loin d'être efficaces, comme le démontre la pratique de tous les jours. Et d'ailleurs, dans tous les autres cas où des révulsifs et des purgatifs furent employés, l'amaurose disparut avec une grande rapidité.

A côté de ces observations d'amaurose succédant à la colique métallique, il sera peut-être de quelque intérêt de placer un autre ordre de faits qui ont quelque analogie avec les précédens; je veux parler de certaines coliques très-violentes avec constipation opiniâtre, cédant aussi aux purgatifs énergiques, et, chose remarquable, se compliquant d'amaurose comme la colique métallique. Les faits de ce genre sont encore assez rares; nous allons rapporter ceux que les auteurs nous ont présentés.

Félix Plater (1) cite le fait suivant : « Une femme éprouve des coliques violentes qui sont suivies de vomissemens. Tout-à-coup la vue se perd à tel point que la malade ne pouvait pas même, les yeux ouverts, apercevoir la flamme d'une lumière. Après trois jours de cécité, elle recouvre la vue. Quelques années après, nouvelles coliques, nouvelles convulsions, et nouvelle perte de la vue; mais la malade la recouvre encore. Enfin les même accidens se renouvellent ensuite chaque année, et enfin la malade succombe. »

Le même auteur a été témoin d'un autre fait de ce genre; mais dans ce cas la malade resta complétement aveugle.

« J'ai vu, dit-il, une autre dame de distinction qui devint aveugle à la suite de coliques et de convulsions. On attribuait la perte de sa vue à des applications d'eau froide qu'on lui avait faites sur le front. Aucun moyen ne put la guérir de cette affection, et elle resta aveugle jusqu'à sa mort. »

Henri Smetius (2), savant médecin du seizième siècle, en a observé quatre cas, mais il les rapporte d'une manière très-succincte. Chez la femme d'un apothicaire, Paul Wipelius, de violentes coliques autour et au-dessous de l'ombilic causèrent durant trois jours un tel affaiblissement de la vue, que la malade ne pouvait pas même distinguer la lumière des ténèbres. Il nous apprend qu'après d'autres accès de coliques, la même malade eut les jambes et les bras paralysés.

Suivant le même auteur, un accident tout-à-fait semblable arriva à Jean Bounius, vitrier et peintre, et à Jacques Krueninger, garçon apothicaire. Mais l'amaurose dura moins long-temps. Smetius, revenant un peu plus loin sur le dernier de ce malades, dit que la violence de la colique détermina chez lui la perte complète de la vue. Le malade eut bientôt après une attaque d'épilepsie. Dès qu'il en fut revenu, il prit des pilules qui le purgèrent, et il recouvra la vue.

Hildesius (1) cité par Schenk, a vu aussi une femme devenue aveugle dans un violent accès de colique, qui recouvra la vue au bout de trois jours après avoir employé un purgatif.

L'observation suivante, qui appartient à Lucas Schroeck (2) le fils, est insérée dans les *Éphémérides des curieux de la nature.*

« Un homme d'Augsbourg, d'environ 30 ans, après s'être livré pendant un assez long voyage à de fréquens écarts de régime, éprouve en 1683 de violentes coliques avec constipation opiniâtre. En même temps la vue se perd complétement. Un pharmacien lui administre des lavemens et d'autres remèdes tant internes qu'externes, mais sans aucun avantage. Le 15 octobre, après quelques jours de souffrance, le malade me fait appeler, me conjurant de lui donner quelque remède qui pût lui relâcher le ventre. Je lui prescrivis alors une potion purgative, et je lui fis appliquer des cataplasmes sur le ventre. Deux heures après il y a une évacuation excessivement abondante de matières extrêmement fétides, elle est suivie d'abord d'une lypothymie, ensuite d'un violent accès d'épilepsie qui cesse bientôt et ne reparaît point. La cécité était toujours complète, quoique les yeux ne présentassent d'autre lésion apparente qu'une couleur plus foncée et une largeur plus considérable des pupilles. Le malade étant fatigué par des flatuosités, le lendemain j'ai de nouveau recours aux évacuations, et cela avec le plus grand succès; car le 17 octobre au soir, le malade commence à distinguer la lumière, et le 19 il a entièrement recouvré la santé. »

On trouve dans le même recueil une observation à-peu-près analogue.

« Un sergent, dit Nebilius (3), que son intempérance rendait sujet à des douleurs d'entrailles, étant en quartier d'hiver, fut pris de coliques violentes avec constipation opiniâtre. Un chirurgien militaire lui administra un purgatif drastique qui ne procura pas la moindre évacuation, et qui augmenta beaucoup les douleurs. Quelques grains d'opium donnés vers le soir calmèrent un peu les souffrances; mais

(1) *Felicis Plateri Observat., libr. tres.*, libr. 1, p. 110.

(2) *Miscell. Medic. cum Th. Erasto, Bruneo*, etc., *communicata*, Francfort, 1611, in-8°., p. 446.

(1) *Observat. rararum*, etc. *Volumen Hildesius.*

(2) *Miscell. nat. curios.*, déc. II, an V. obs. 247.

(3) *Miscell. nat. curios.*, déc. III, an. III, obs. 82.

elles reprirent toute leur intensité à l'approche du jour. Je prescrivis un lavement émollient et carminatif mêlé avec quelques onces d'huile de lin, mais il fut sans résultat et on le répéta le soir. Le malade avait pris dans l'intervalle une décoction de raisin dans laquelle on avait fait infuser des follicules de séné. Le soir, en arrivant auprès du malade, j'apprends qu'il avait complètement perdu la vue, et qu'il n'apercevait pas même une chandelle que l'on approchait de ses yeux. Je les examine et n'aperçois rien de remarquable, si ce n'est la dilatation des pupilles. Je fis préparer à l'instant deux autres lavemens avec addition d'une grande quantité d'huile. Ils furent administrés à une heure d'intervalle, et amenèrent d'abondantes évacuations. Dès-lors le malade commença peu-à-peu à revoir la lumière, et la colique et l'amaurose cessèrent complètement à la fois.

Dans *l'Ancien Journal de Médecine*, il existe deux faits d'amaurose succédant aussi à des coliques très-vives et à une constipation opiniâtre : l'une d'elles est rapportée par un nommé Fabre, médecin à Agen.

OBS. V.e — *Coliques très-vives suivies de la perte de la vue. Saignée inutile. Guérison par les purgatifs et le tartre stibié* (1). — « Jean Barricot Serger, de la ville d'Agen, me fit appeler le 3 avril 1764, pour lui rétablir la vue qu'il avait entièrement perdue.

« Cet artisan, âgé d'environ 40 ans, ayant les yeux beaux et sains en apparence, le pouls faible et lent, le visage pâle et consterné, d'ailleurs robuste, de dessus un siége qu'il n'osait quitter crainte de tomber, répondit ainsi à mes demandes : « Je n'ai jamais eu de gale, dartre, ni ulcère, et je me portais bien lorsqu'une colique me prit il y a dix jours, si vive que je ne savais où rester. Cette douleur d'entrailles cessa bientôt, et dans l'instant je devins tout-à-fait aveugle, tel que je suis à présent. » Il ajouta : « Le chirurgien m'a saigné ; un de vos confrères a ordonné de me resaigner du pied. Abandonné de ces Messieurs, on m'a conduit chez un médecin étranger arrivé depuis peu de Toulouse, dans cette ville, qui passe et se débite pour un homme à secrets, qui m'a dit de me faire saigner quatre fois dans un jour, ce que mon chirurgien n'a osé faire, en outre, d'appliquer des vésicatoires et un collyre d'eau de roses et de blanc-d'œuf, ce qu'on a exécuté. Après ces essais, cet étranger reconsulté m'a renvoyé aux Incurables, me voyant sans doute hors d'état de payer des potions hydragogues 20 et 25 fr., et ses élixirs 12 et 24 livres la phiole. »

« Touché de compassion du triste sort de ce misérable qui n'avait pas même la ressource des Quinze-Vingts, je prescrivis au malade sur l'heure quatre grains de tartre stibié ; le lendemain une potion de demi-once de séné, demi-gros de poudre de Tribus, et une once de manne. Le surlendemain, autres quatre grains de tartre de suite pendant neufs jours ; des bols de mercure doux et de Diagrède avec l'infusion d'Euphraise ; enfin, la tisane sudorifique et laxative du Codex de Paris, a fini le traitement pris pendant huit jours, avec la vapeur d'esprit-de-vin et de café reçue dans les yeux au moyen d'un entonnoir.

« Par ces moyens, Jean Barricot, le quatrième jour, distingua la clarté des ténèbres. Le dixième jour il jugea à dix pas des couleurs, et le vingtième jour la paralysie des nerfs optiques (*ex colicâ*), fut totalement dissipée, la vue rétablie dans sa première force, et au point que Jean Barricot vendange actuellement pour ses voisins. »

Quoique la manière dont le fait est raconté soit plus burlesque que scientifique, il n'en est pas moins intéressant. On retrouve dans l'invasion de l'amaurose, une rapidité que l'on observe dans celle qui succède à l'empoisonnement par les préparations de plomb. Le traitement par les évacuations sanguines n'a pas été non plus efficace dans ce cas ; les purgatifs ont tout l'honneur de la guérison. Ici l'accident n'a pas disparu d'une manière aussi brusque qu'il s'était montré ; la vue n'est revenue que peu-à-peu et d'une manière graduelle.

L'autre observation rapportée dans le même Journal, t. XXI, p. 227, est une sorte de critique de celle-ci. L'auteur qui la rapporte, M. de la Guillonnière, médecin à Avranches, cherche à démontrer que le traitement employé dans le fait précédent ne conviendrait pas dans tous les cas analogues. Comme cette observation est très-longue et très-diffuse, nous en supprimerons tous les détails inutiles.

OBS. VI.e — *Douleurs abdominales vives. Constipation. Perte de la vue. Plusieurs saignées. Purgatifs légers. Guérison.* — Un homme de la paroisse de Vains, âgé de 40 ans, d'un tempérament bilieux mélancolique, assez peu sujet à la goutte (il en avait eu une attaque au pied, il y a cinq ans), fut pris il y a environ un mois de douleurs très-vives dans les bras et les cuisses, qui lui durèrent trois ou quatre jours, au bout desquels il sentit quelques douleurs sourdes dans la région hypogastrique et ombilicale. Son ventre se boucha, les urines cessèrent de couler, et la vue s'obscurcit. On m'envoya chercher pour la première fois le 6 de mai dernier. Je trouvai le malade à peu-près dans le même état que je viens de dire. Son ventre, sur lequel j'appuyai ma main, était très-bouffi. Je lui demandai si le ventre lui faisait mal ; il me répondit qu'il y sentait une sorte de rongement (ce sont ses termes), qui n'était pas considérable. J'examinai les yeux, dont il me dit qu'il ne voyait absolument rien. La prunelle en était immobile : à cela près ils me parurent dans l'état naturel. Le pouls était dur, serré, avec un peu de fréquence. La langue n'était ni chargée ni sèche. Le malade ne se plaignait ni de soif ni d'amertume dans la bouche : ce qui l'incommodait le plus, c'était la strangurie.

Les partisans de la méthode de M. Dubois n'auraient pas manqué de commencer la cure par distribuer une large dose d'émétique. Les lavemens purgatifs, les toniques, etc., auraient joué le rôle principal dans le traitement de la maladie. J'ai pris une route opposée, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir, comme on va le voir dans la suite.

Je commençai par faire appliquer des épispastiques aux pieds du malade pour tâcher d'y fixer l'humeur goutteuse que je soupçonnais être une des causes excitantes de la maladie. Je fis appliquer sur le bas-ventre un cataplasme fait avec des blancs de porreaux et de la graine de lin, ce qui fit uriner le malade assez largement. J'ordonnai un lavement purgatif ; une demi-heure ensuite, une saignée de pied, et

(1) *Ancien Journal de médecine*, 1764, tom. XX, p. 346.

trois heures après, un lavement calmant. Je mis le malade au bouillon de veau avec les semences froides. Le lendemain, je trouvai le malade à peu-près dans l'état où je l'avais laissé la veille. Le lavement purgatif n'avait pas fait rendre de matières; il avait seulement augmenté la strangurie, se qui me confirma dans la pensée où j'étais, que la goutte sereine n'était produite que par l'irritabilité des intestins qui ce communiquait au cerveau *per consensum*. En conséquence, les cataplasmes émolliens, les lavemens simples, les émulsions et les saignées de pied, furent les seuls remèdes mis en usage. Après la troisième saignée, le malade recouvre la vue; mais, comme sa tête me parut encore embarassée, je lui en fis faire deux autres qui terminèrent la cure avec une potion purgative que je lui fis prendre le sept de sa maladie. Lorsque je le purgeai, son ventre était tout-à-fait détendu : il rendait des matières à chaque lavement simple. (Il est vrai qu'il y avait encore quelque irritation dans le pouls). Quelque douce que fût sa potion, elle lui causa cependant assez d'irritation pour m'inquiéter. Le malade ayant voulu se lever pour aller à la garderobe, eut une faiblesse qui certainement ne venait que d'irritation. Le ventre se tuméfia; le pouls devint petit et serré, et le malade était menacé d'une superpurgation : des lavemens simples, de cataplasme émolliens, une boisson abondante et une émulsion où je fis entrer le sirop diacode, à la dose de deux gros, calmèrent tous les symptômes effrayans.

A la suite de cette maladie, c'est-à-dire 7 ou 8 jours après en avoir été guéri, ce malade a eu la goutte à la main.

Il est probable que des recherches plus étendues feraient connaitre un plus grand nombre de faits du même genre.

Nous ferons seulement une remarque relativement à ceux de ces faits qui ont été observés chez des femmes. Les auteurs qui les ont cités, l'on fait d'une manière beaucoup trop succincte. Il est impossible de savoir si, dans ces cas, les douleurs abdominales n'étaient pas des phénomènes purement hystériques. Or, c'est ce qui semblerait bien probable, car ces femmes éprouvèrent en même temps des accès convulsifs. Chez les hystériques, d'ailleurs, l'on voit très-souvent survenir des troubles des sens aussi remarquables par leur singularité que par la variété de leurs formes, et parmi eux les troubles de la vision sont assez communs.

La même difficulté n'existe pas pour les hommes; aussi il nous semble qu'il y a une grande analogie entre ces faits et ceux de colique métallique compliquée d'amaurose. Il n'est pas très-rare de rencontrer des individus qui, sans avoir été soumis à l'influence des préparations de plomb, offrent cependant tous les symptômes de la colique saturnine. Chez eux il existe une constipation opiniâtre, des coliques violentes, revenant par accès, résistant aux antiphlogistiques et ne cédant qu'aux purgatifs. Chez eux, apparaissent aussi, comme dans l'empoisonnement par le plomb, des troubles de l'innervation, tels que des convulsions, et quelquefois aussi une amaurose plus ou moins complète. Aussi, en présence de faits semblables, on peut se demander si cette modification particulière du système nerveux qui se produit sous l'influence des émanations de plomb, ne peut pas se montrer spontanément et indépendamment de cette cause. C'est du reste une opinion qui ne nous appartient pas, et que nous trouvons émise par M. Andral, dans sa *Clinique*, à la suite d'une observation remarquable par son analogie avec la colique métallique.

Si maintenant nous résumons ce petit nombre de faits dans lesquels nous avons vu survenir l'amaurose, soit à la suite de la colique métallique, soit à la suite de coliques nerveuses, nous en tirerons les conclusions suivantes que nous lançons prématurément sans doute, mais dans le but d'attirer l'attention des observateurs sur ces différens points.

1.° L'amaurose qui succède à la colique métallique ou à ces coliques nerveuses qui s'en rapprochent, offre cela de particulier qu'elle se montre d'une manière brusque et presque instantanée; en quelques heures les malades ont complètement perdu la vue; ils ne peuvent plus distinguer la nuit de la lumière.

2.° Ordinairement elle se montre après plusieurs atteintes de coliques; cependant on peut la voir apparaître dès la première, de même que l'on voit les autres troubles de l'innervation apparaître aussi chez des individus atteints pour la première fois de colique métallique.

3.° Chez la plupart des malades qui sont pris d'amaurose, on voit quelquefois ce symptôme précédé d'autres troubles de l'innervation. Chez le plus grand nombre on remarque des douleurs dans les bras, des crampes. D'autres fois un commencement de paralysie des poignets, le plus ordinairement des accès épileptiformes et du délire. D'autres fois au contraire elle survient tout-à-coup seule, isolée de tout autre accident, et c'est seulement quelque temps après que les autres troubles de l'innervation apparaissent.

4.° Pendant que les malades sont dans un état complet de cécité, si l'on examine l'œil, l'on rencontre une dilatation considérable et une immobilité complète de la pupille. L'œil ne présente du reste rien de particulier. Nous n'avons pas constaté dans le seul fait que nous avons observé nous-même, cet état particulier signalé par Weller et qu'il donne comme le caractère de l'amaurose produite par la colique métallique, c'est-à-dire, une turgescence des vaisseaux sanguins de la conjonctive et de la sclérotique, avec sentiment de plénitude dans l'œil. Nous n'avons pas observé cette particularité chez notre malade et elle n'a pas été signalée dans les autres faits que nous avons rapportés. Mais, il faut le dire, peu de détails ont été donnés sur l'état de l'œil dans les diverses observations; aussi nous gardons-nous de tirer des inductions contraires à celle de l'auteur que nous citons, d'après des faits incomplets sous ce point de vue.

5°. L'amaurose qui succède à la colique de plomb acquiert en quelques heures son summum d'intensité; dans un espace de temps très-court le malade ne peut plus distinguer le jour d'avec la nuit. Dans les autres variétés de l'amaurose il est rare que la maladie marche avec la même rapidité; il est plus commun de voir la vue s'affaiblir d'une manière graduelle.

6°. L'accident qui nous occupe présente ordinairement une durée courte; elle varie depuis quelques heures jusqu'à plusieurs mois. Le terme moyen semble être cinq ou six jours. Dans un seul cas elle a duré deux mois. Une seule fois la maladie a persisté, malgré tous les moyens employés. C'était dans un cas de colique métallique; une autre fois elle a présenté la même ténacité dans un cas d'hystérie ou bien de colique nerveuse rapporté par Félix Plater.

Nous ferons remarquer que cette dernière terminaison doit être rare, car la plupart des auteurs disent que l'amaurose dans tous ces cas disparaît rapidement; nous citerons entre autres l'opinion de Stoll sur ce point : voilà ce qu'en dit cet auteur recommandable : « *Amaurosis symptomatica* « *morborum spasticorum, morbi hysterici, colicæ* « *saturninæ, temporaria solum est, et finito paro-* « *xismo, sponte evanescit.* » C'est en effet ce que prouvent les observations que nous rapportons, à l'exception de la quatrième.

7°. Le nombre des récidives de la colique ne semble pas influer sur la gravité de l'amaurose; car nous l'avons vu disparaître rapidement chez des individus déjà plusieurs fois affectés de la colique métallique, et au contraire nous l'avons vu persister deux mois chez un individu qui l'avait pour la première fois, et ne céder à rien chez une femme qui n'était atteinte que pour la seconde fois. Cependant le fait que nous avançons est tellement en désaccord avec ce qui s'observe pour les autres accidens nerveux de la colique métallique, qu'il a besoin d'être confirmé par d'autres observations.

8°. Dans la plupart de nos observations l'amaurose a disparu sous l'influence du traitement de la colique métallique. A mesure que les symptômes diminuaient, le malade recommençait à voir. Dans l'observation où nous avons vu l'amaurose persister les saignées furent employées en grand nombre.

Dans les cas où l'amaurose dépendait d'une colique nerveuse avec constipation, les purgatifs ont été suivis de la cessation prompte de l'accident. Dans un cas ils ont remplacé avec succès les évacuations sanguines qui avaient été inutiles. Dans un cas les évacuations sanguines au contraire ont paru présenter des avantages.

Stoll recommande, dans les cas d'amaurose succédant à la colique de plomb, l'opium et le camphre : *Amaurosin in colicâ pictorum*, dit-il, *opium et camphora tollit.* nous ne pouvons qu'indiquer le moyen, car il n'a pas été employé dans les observations que nous avons rapportées.

Sans doute le traitement par les purgatifs est utile et suffit, dans la plupart des cas, pour dissiper l'accident : cependant, s'il persistait, il faudrait, tout en ne perdant pas de vue son point de départ et sa cause première, agir énergiquement contre l'amaurose, et employer les moyens plus violens que les ophthalmologistes conseillent dans ces cas excessivement graves.

DE L'HYDROPISIE DE L'UTÉRUS : *observation de cette maladie, recueillie par M.* GABRIEL PELLETAN, *et suivie de réflexions par M.* GUILLEMOT.

L'hydropisie de l'utérus chez les femmes enceintes, *hydrometra gravidarum* (1), tenant à l'excès du liquide renfermé dans la cavité de la membrane amnios, est une maladie assez bien connue et assez facile à constater pour qu'elle ne puisse être confondue avec l'ascite, *hydropisie du péritoine* (1). Cependant l'observation suivante prouve que, pour ne pas commettre une semblable erreur, il ne faut négliger aucun des moyens d'exploration conseillés.

La dame C., d'une assez bonne constitution, réglée à 14 ans, mariée à 26, devenue enceinte immédiatement, fit successivement deux fausses couches à sept mois de conception. Dans les neuf années suivantes elle devint mère de trois enfans, dont deux sont encore vivans. A 35 ans, ayant cessé d'allaiter une fille de quatorze mois, l'aménorrhée qui existait alors, dura encore quatre ans, sans empêcher une nouvelle grossesse d'avoir lieu. L'accouchement fut à terme et heureux, la mère ne nourrit point, et cependant ce fut seulement cinq mois après que les règles reparurent pour venir à des époques variables.

Vers la fin du mois d'août 1833, à 41 ans et demi, nouvelle aménorrhée, sans aucun des symptômes indiquant une grossesse. La dame C. n'éprouve que la continuation de nausées légères, qui l'incommodaient déjà depuis un temps assez long. Trois mois plus tard, le volume du ventre était peu augmenté. Mais dès lors il s'accrut de jour en jour d'une manière extraordinaire. A la même époque, les douleurs se firent sentir dans la région lombaire droite.

Un médecin consulté examine le ventre et annonce une hydropisie abdominale d'une très-difficile guérison. Il fait en deux fois poser quarante sangsues sur le lieu douloureux, ce qui soulage peu, et n'empêche pas l'hydropisie de faire toujours de rapides progrès. Un second médecin, appelé dans les premiers jours de janvier 1834, promet la guérison. Ayant par des purgatifs déterminé des évacuations alvines assez abondantes, l'hydropisie parut diminuer, mais bientôt le contraire eut lieu. Alors le médecin eut recours aux diurétiques généralement conseillés, tels que le nitre, les préparations de scille, de digitale. Ce traitement fut, sans aucun succès, continué pendant douze jours. Dans la nuit du 15 au 16 janvier, des douleurs vives qui, de la région lombaire gauche se dirigeaient vers le bas-ventre, font penser à la malade qu'elle pourrait être enceinte et sur le point d'accoucher. Cependant elle n'a jamais senti de mouvemens d'enfant. Elle fait venir une sage-femme qui, après avoir pratiqué le toucher, affirme aussi que la maladie est une hydropisie abdominale, et qu'il n'y a pas de grossesse. Dans la journée du lendemain, les douleurs étant disparues, le diagnostic de la sage-femme parut confirmé. Je fus appelé le 19 janvier.

---

(1) Les dénominations d'hydropisie de l'utérus, ou utérine, ou mieux d'hydropisie de l'amnios, doivent être préférées à celles d'hydromètre, ce dernier mot ayant l'inconvénient de désigner également un instrument qui sert à mesurer l'eau : en voulant, ce qui était inutile, franciser les mots grecs μήτρα et μέτρον faciles à distinguer à l'oreille et à la lecture, on aurait dû mettre un accent grave sur le premier *e* du mot mètre, traduisant μήτρα et un accent aigu sur l'*e* du mot mètre, pris pour le mot μέτρον.

(1) Voir les articles *Grossesses*, insérés par M. Marc dans le *Dict. des Sciences méd.*, édit. Panck., t. XIX, p. 393, année 1817; et par M. Desormeaux, dans le *Dict. de Méd.*, t. II, p. 385, année 1824.

La maigreur générale, l'abattement des traits, l'enfoncement des yeux, l'air de souffrance, font craindre une affection organique très-grave; le volume de l'abdomen, beaucoup plus grand qu'il ne le serait par suite d'une grossesse de neuf mois, put faire croire à une ascite. Je fus bientôt éloigné de l'existence d'une semblable maladie, 1° par la forme du ventre, qui, de même que dans la grossesse, était arrondi à la partie antérieure et porté en avant, tandis qu'il était aplati sur les côtés et en arrière; 2° par une fluctuation, nulle aux parties latérales et postérieures, très-évidente dans toute la partie antérieure de l'abdomen, d'où elle répondait à l'orifice utérin; 3° enfin par le membre inférieur d'un fœtus, facilement touché en portant le doigt dans le col de l'utérus.

J'obtins ainsi la certitude que la maladie était une grossesse avec excès de liquide renfermé dans la membrane amnios.

Mais cette grossesse était-elle simple ou double? Le produit de la conception était-il vivant?

La souplesse du col de l'utérus permettant au doigt indicateur d'explorer à travers les membranes de l'amnios une assez grande surface du fœtus, il me parut évident que tous les mouvemens que j'imprimais étaient reçus par un corps privé de la vie. Néanmoins je dois convenir que le doute devait encore être admis, d'autant plus que l'auscultation n'apprenait rien à ce sujet (1).

La question relative à un second fœtus, à son état de vie, resta toute entière à décider sans qu'il me fût possible d'en obtenir la solution. Ce qui n'était point douteux, c'est que la grande masse du liquide contenu dans l'utérus déterminait sur la totalité des viscères abdominaux et par l'intermédiaire du diaphragme sur ceux des cavités pectorales, une pression tellement énergique, que la gêne de la respiration était très-grande; que déjà depuis plusieurs jours non-seulement aucun aliment ne pouvait plus passer, mais encore que l'estomac rejetait, par le vomissement, toute espèce de boisson, quelque petite que fût la quantité ingérée. Cette dernière circonstance et la pression exercée sur la vessie, font connaître la cause qui faisait que l'urine était très-rouge, très-épaisse, en très-petite quantité, et qu'elle était rendue fréquemment.

La malade, lorsqu'elle était debout, supportait avec peine le poids du liquide épanché; plus gênée lorsqu'elle était assise, elle ne pouvait au lit que rester couchée sur le dos, et encore pour diminuer la pression était-elle obligée de soutenir sont ventre en mettant ses mains sous les parties latérales et postérieures de l'abdomen, ce qui nécessitait une action continue, et l'empêchait de se livrer au sommeil. Dans toutes les autres positions du corps, la pression sur les viscères abdominaux ou sur le bord antérieur du bassin, les tiraillemens des ligamens de l'utérus déterminaient des douleurs insupportables.

La dame C., très-affectée de sa pénible position, voyait son existence menacée, et cependant elle sentait que le poids qui l'accablait était la seule cause de sa maladie, et que s'il était enlevé elle renaîtrait à la vie.

Cet espoir, qui paraissait seul la soutenir, était devenu pour moi une certitude, lorsque j'eus reconnu la cause de ses souffrances. L'hydropisie toujours croissant étant arrivée au dernier terme auquel la malade pouvait la supporter sans danger pour sa vie, il était évidemment impossible qu'elle pût attendre le temps nécessaire pour la viabilité du produit de la conception.

Comme, d'après les observations des auteurs, il devenait plus que probable que la masse du liquide ambiant, si funeste à la mère, serait un obstacle au développement et à la vie de ce même produit de la conception, supposé qu'il fût encore vivant, comme d'ailleurs l'affaissement du col de l'utérus, sa mollesse, les douleurs ressenties trois jours auparavant, les fréquens besoins d'uriner, indiquaient un travail d'accouchement seulement suspendu; comme les parties extérieures de la génération étaient encore dans leur état ordinaire, on ne pouvait, surtout à cause de la cessation des douleurs, préciser rigoureusement l'époque à laquelle ce travail reprendrait son cours; comme l'état du col de l'utérus pouvait, surtout après l'évacuation du liquide, faciliter les manœuvres nécessaires pour extraire un fœtus qui ne pouvait avoir au plus que cinq mois; comme il ne pouvait qu'être fâcheux d'attendre seulement quelques jours que le travail de l'accouchement reprit; tandis qu'il était avantageux d'obtenir le plus promptement possible la délivrance d'une femme qui, par son état de faiblesse, de souffrances, la privation absolue d'alimens, de boissons et de sommeil, devenait de jour en jour moins favorablement disposée pour supporter les fatigues d'un accouchement, je me décidai à vider la matrice.

A l'aide d'une pince à pansement je déchirai la partie de la membrane qui se présentait à l'orifice du col de l'utérus, et profitai, pour évacuer graduellement le liquide et le recueillir, de ce que l'ouverture du col en s'appuyant sur la paroi postérieure du vagin, trouvait un obstacle à l'écoulement, tandis qu'il était facilité en relevant avec le doigt le bord antérieur du col.

A peine une pinte de liquide avait-elle été évacuée, que la malade se trouva beaucoup soulagée. Lorsque j'en eus retiré près de la moitié de ce qui était contenu, une légère lipothymie nécessita l'usage de quelques cuillerées d'eau sucrée unie à partie égale de vin.

Je retirai huit pintes de sérosité d'une légère couleur jaune-verdâtre, sans compter la quantité perdue dans le lit, laquelle fut suffisante pour mouiller largement et de part en part trois matelas.

Les forces suffisamment ranimées et après un repos convenable, à l'aide des doigts je dilatai peu-à-peu le col, de manière à permettre l'extraction du fœtus que j'avais touché en premier lieu. Amené par les pieds, la tête fut extraite à l'aide du forceps, qui me servit principalement comme un moyen plus puissant pour dilater le col. Ce fœtus avait environ quatre mois et demi; son état général indiquait qu'il était mort depuis plusieurs jours. Dans les derniers temps de son extraction j'ai senti un second fœtus. Celui-ci, en présentant la tête, vint très-facilement; à sa suite, fut retiré le double placenta qui s'était, en second lieu, offert à l'ori-

(1) Lorsque, par l'auscultation, on n'entend pas les mouvemens du cœur d'un fœtus, on n'a qu'un signe négatif, douteux.

flec utérin. Enfin le tout fut terminé par la sortie d'une quantité de sang aussi considérable que celle qui aurait résulté d'un accouchement à terme.

D'après la lividité de toute la surface du corps, la facilité avec laquelle l'épiderme se détachait, je crois que ce second fœtus, plus petit que le premier, pouvait être mort depuis sept à huit jours : il me paraît aussi probable que sa mort fut la cause de celle du premier, et qu'elle provoqua la fausse-couche déclarée le 15 janvier.

Pendant tout le temps de la manœuvre, qui, en y comprenant les momens du repos, dura tout au plus deux heures et demie, la matrice, revenant sur elle-même au fur et à mesure qu'elle était vidée, ne donna pas le moindre signe d'une contraction expulsive : aucune douleur d'enfantement ne fut éprouvée, et les tentatives faites pour dilater le col furent même peu douloureuses.

La dame C., ne sachant comment exprimer son bien-être, fut remise dans sont lit ; toute la surface de son ventre fut recouverte d'un cataplasme, et une diète rigoureuse, une infusion de tilleul édulcorée, la plus grande tranquillité, furent conseillées.

Toutes les boissons passèrent ; dans la journée les urines reprirent leur cours ordinaire ; les lochies coulèrent en abondance pendant deux jours, une légère fièvre de lait se manifesta, et le septième jour, sans avoir éprouvé le moindre accident, la malade était en parfaite convalescence.

Réflexions. — Les annales de la science nous offrent un assez grand nombre de faits semblables à celui que M. G. Pelletan vient d'exposer. Dans tous les temps, on a senti le besoin, devant les erreurs de diagnostic qu'on avait commises, de rechercher les signes qui doivent nous éclairer. De nos jours, Scarpa (1), en retraçant les différences qui s'observent entre l'ascite et l'hydropisie de la matrice, appela, à l'exemple des anciens, notre attention sur la forme que prend l'abdomen dans l'une et l'autre maladie. Suivant cet illustre observateur, lorsque l'utérus fécondé est seul hydropique, le ventre a une forme régulière, comme dans la grossesse à terme, quoiqu'il n'y ait encore que cinq mois depuis la conception. L'extension rapide de la matrice dans l'hydropisie, nous explique les désordres des fonctions des organes abdominaux et thoraciques, désordres qui n'existent pas dans une grossesse régulière et à une époque où l'utérus a le même développement. Le signe de Scarpa, noté par Guillemeau, Mauriceau, etc., rappelé par Baudelocque, acquiert une nouvelle valeur du fait recueilli par M. G. Pelletan, car c'est lui qui a conduit cet honorable praticien à la découverte d'une maladie que des hommes de l'art avaient méconnue. L'existence de deux fœtus, coïncidant communément avec l'hydropisie de l'amnios et l'extension extrême de la matrice, peuvent modifier la forme de l'abdomen ; mais les changemens qui arrivent ne sont pas portés assez loin pour faire disparaître ce signe, aux yeux de celui qui met de l'attention dans l'examen d'une maladie. L'exploration pratiquée suivant les préceptes de Baudelocque, et l'auscultation fournissent assez de lumières pour ne pas confondre de nos jours l'ascite avec la grossesse compliquée de l'hydropisie de la matrice. Aussi, comme le prouve l'observation rapportée, l'erreur est-elle moins le résultat de l'art que de la négligence de ceux qui le pratiquent.

Si la médecine, sous le rapport du diagnostic, a fait dans ce cas des progrès, disons qu'elle est restée stationnaire en ce qui concerne le traitement, car elle ne nous présente depuis plus d'un siècle que les mêmes préceptes. Attendre avec patience l'heure de l'accouchement, en soumettant la malade à un régime, ou rompre les membranes lorsque la femme est en danger, pour donner lieu à l'écoulement des eaux et accélérer la délivrance, telles sont les indications que nous sommes encore chargés de remplir. Cependant la nature nous enseigne une autre marché, dans les cas où la grossesse s'est conservée, en donnant une libre issue à l'eau amniotique, à mesure qu'elle vient à être surabondante. On voit dans l'observation d'Ingleby, un exemple frappant de cette ressource. A six mois, les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent abondamment. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que tous les deux ou trois jours les eaux s'échappèrent de la matrice, et la quantité, qui s'écoulait chaque fois, était d'une pinte un quart. La femme arriva au terme de la gestation. Après la délivrance, on découvrit, outre l'ouverture que la tête avait faite au centre des membranes dans son passage, une seconde ouverture circulaire placée sur le rebord du placenta. Mauriceau (1) nous avait signalé cette rupture des membranes, mais jusqu'à ce jour elle n'avait pas été démontrée par des preuves directes. « On voit, disait-il, quelquefois des femmes qui, long-temps devant que d'accoucher, vident les eaux de leur enfant, qui s'écoulent seulement en partie par une légère rupture de leurs membranes, qui se fait en quelqu'endroit qui, ne répondant pas à l'orifice interne de la matrice, empêche qu'elles ne s'écoulent entièrement. » Cette opinion a été celle de Camper (2), de Starck (3), etc. Elle paraît démontrée dans tous les cas où

(1) *Mélanges de chirurgie étrangère*, tome Ier.

(1) Obs. 361e.

(2) *De hydrope uteri.*

(3) *Acta n. curios.*, tome III.

L'un des exemples les plus remarquables de rupture prématurée des membranes, suivie de l'écoulement des eaux, est celui que rapporte Burgess. Quoique publié depuis trois ans en Angleterre, il paraît n'être pas connu en France ; c'est pour ce motif que nous allons le traduire.

« Mme. B..., dit-il, âgée de 31 ans, d'une constitution délicate, déjà mère de trois enfans, enceinte de trois mois, fut attaquée dans la soirée du 10 juin 1829, d'une légère perte utérine accompagnée d'une évacuation considérable des eaux de l'amnios. L'avortement paraissait imminent ; on lui ordonna des médicamens astringens, le repos absolu et la position horizontale. Les préparations opiacées furent administrées, et des applications froides furent faites sur la région des pubis et sur les parties naturelles. On ne pouvait attribuer le développement de ces accidens qu'aux fatigues d'une promenade que cette dame avait faite le jour précédent. Le traitement eut l'effet désiré, car l'hémorrhagie s'arrêta, mais l'évacuation des eaux de l'amnios continua. Tout alla bien jusqu'au 10 septembre, époque où l'hémorrhagie reparut avec violence. On prescrivit le repos absolu, et on fit usage de la teinture d'opium à hautes doses, et de la mixture d'une infusion de roses et d'acide sulfurique éten-

les eaux qui s'écoulent partagent toutes les qualités du liquide amniotique. Si, dans l'examen des membranes, on n'a pas découvert de déchirure, c'est que les recherches n'ont pas été faites avec soin, ou que la déchirure a pu se confondre avec celle qui a servi au passage de l'enfant. La présence de la poche des eaux au moment du travail n'est point une preuve contraire à cette opinion; car il arrive quelquefois, dans un accouchement fort ordinaire, de voir se former une nouvelle poche des eaux, après la rupture des membranes, lorsque cette rupture a eu lieu sur un point éloigné de l'orifice utérin. Il est une loi propre à tous les organes; c'est celle de tendre à se débarrasser de tout ce qui s'oppose à l'accomplissement de leurs fonctions. Cette faculté est surtout dévolue à la matrice, comme l'attestent les nombreux exemples de grossesses doubles qui deviennent simples, à la suite de l'expulsion du jumeau qui a succombé. Sans sortir de notre sujet, nous pouvons citer comme preuve de cette vérité l'observation de Fabrice de Hilden : « Une femme, rapporte cet auteur, grosse de cinq mois, rendit, à la suite de douleurs pareilles à celles qui annoncent l'accouchement, une grande quantité d'eau évaluée à dix livres, et une poche qui servait à contenir ce liquide. Cet accident ne troubla point le reste de la grossesse, qui, à l'aide du repos et du régime, se termina par un accouchement très-heureux. » Ce fait, n'est point, comme on l'a prétendu, un exemple d'une nouvelle espèce d'hydropisie de la matrice. Les observations nous autorisent à penser qu'il y a eu une grossesse double. L'un des fœtus a succombé et s'est dissous entièrement dans les eaux de son amnios. C'est cet œuf que la nature a expulsé pour permettre le développement du second jumeau.

Ce que la nature a fait dans l'hydropisie de la matrice, l'art l'a une fois exécuté. A la suite d'une méprise sur le siége véritable de l'hydropisie, une ponction fut faite à travers les parois de la matrice : il sortit d'abord quatre livres environ d'un fluide blanc très-limpide avec un peu de sang qui ne se mêla pas à l'eau, et dont la quantité augmenta de plus en plus. Un corps se présenta à l'extrémité de la canule, et s'opposa à l'issue du fluide; l'opérateur vint à bout de l'en écarter à l'aide d'une sonde cannelée, et de faire sortir encore une quantité considérable de fluide, mais de plus en plus chargé de sang vermeil et en si grande abondance que la malade perdit ses forces. Il retira la canule, quoiqu'il n'y eût d'évacué que le tiers du fluide épanché. La malade se trouva soulagée, sa respiration devint plus libre, l'abdomen moins tendu, et elle n'éprouva aucun des accidens que l'hémorrhagie avait fait craindre. Ce soulagement dura quinze jours, mais, après ce terme, le ventre était revenu à un état de tension et de tuméfaction si considérable, que les côtes en étaient soulevées. La malade réclamait avec instance une nouvelle ponction; elle lui fut refusée. Cinq jours après, le travail se déclara, et la femme mit au monde deux enfans vivans, dont la sortie fut précédée de l'écoulement d'une quantité d'eau évaluée à 36 ou 40 livres (1) Baudelocque a remarqué, avec raison, que cette ponction avait

---

dus. Des compresses froides furent appliquées comme auparavant. La perte cessa le 11. Mme. B... se plaignit de pesanteur dans le vagin, comme si l'enfant allait être expulsé. En examinant, on découvrit un large caillot, que je me gardai bien d'extraire dans la crainte de rappeler des dangers. 50 gouttes de teinture d'opium furent immédiatement administrées, et procurèrent à la malade un sommeil de deux heures, à la suite duquel elle se sentit mieux et se trouva affranchie de la perte. Cependant les eaux de l'amnios continuèrent de couler; le pouls était faible et battait 80 fois. Il y avait constipation, douleur à la tête et chaleur à la peau : la langue était chargée, la malade s'était plainte de nausées. On prescrivit une potion saline pour arrêter ces derniers accidens, et l'huile de ricin fut administrée avec de l'eau de canelle. Le caillot s'échappa des parties le matin; le soir Mme. B... parut beaucoup mieux; elle avait eu trois abondantes selles. Les eaux de l'amnios continuèrent encore de couler. Le 14, l'amélioration se maintint, mais la liqueur amniotique s'échappa encore pendant plusieurs jours des parties naturelles. La malade fut maintenue dans le repos. Des apéritifs furent donnés. Le 24, une légère hémorrhagie apparut; elle cessa spontanément au bout d'une demi-heure. Le 25, Mme. B... eut un retour d'hémorrhagie, mais toujours sans douleur. Je pratiquai le toucher, et trouvai le col de l'utérus encore fermé : la perte fut encore arrêtée par les moyens précédemment employés. Les eaux de l'amnios ne discontinuèrent point de paraître jusqu'au 6 octobre, époque où je fus appelé. L'hémorrhagie avait reparu avec violence; la femme était très-faible; la pâleur de tout son corps attestait à quel danger elle était exposée. J'administrai un léger cordial avec de la teinture d'opium et du vin. Les eaux de l'amnios continuèrent à s'échapper. Tout alla bien jusqu'au 23, époque où les dangers reparurent, mais alors le travail s'annonça par de légères douleurs qui se succédaient de dix minutes en dix minutes; il était accompagné de l'écoulement des eaux de l'amnios et de la perte de sang. A l'aide du toucher, je reconnus que l'orifice interne était dilaté à-peu-près de la largeur d'un shelling. Durant chaque douleur je tentai d'augmenter cette dilatation au moyen des doigts de ma main droite; je découvris alors que le placenta était attaché sur le col. L'orifice interne était rigide, état qui ne se rencontre pas ordinairement dans les cas de pertes utérines. J'espérais que les contractions prendraient plus de fréquence et d'intensité, mais il en fut autrement; elles devinrent graduellement plus faibles et plus rares. Je me déterminai alors à administrer une décoction de seigle ergoté. Au bout de douze minutes de cette médication les douleurs parurent expulsives et plus fortes, et cinq minutes après l'orifice était suffisamment dilaté pour me permettre d'introduire la main dans la matrice et de terminer l'accouchement. Après avoir porté la main dans cette cavité, du côté où le placenta était détaché, je sentis la tête de l'enfant au-dessus de cet organe; mais en cherchant à ramener les fesses au détroit abdominal, une violente contraction survint, et je crus nécessaire de retirer la main pour ne point exposer la matrice à être déchirée. La tête du fœtus la suivit dans le vagin, et arriva bientôt au-dehors. L'enfant était vivant. Le travail n'était pas encore terminé, car un second enfant était renfermé dans la matrice. La poche des eaux se forma, et je rompis les membranes; un second fœtus fut expulsé accompagné des deux placentas, et sous l'influence de la même contraction. L'hémorrhagie cessa. En examinant le placenta du premier enfant, on voyait manifestement qu'il y avait eu décollement dans la moitié de son étendue, et qu'une grande partie était cicatrisée. La femme se releva heureusement de ses couches. (*The London medical and physical Journal*, année 1830, page 115).

(1) *Recueil périod. de la Société de Médecine*, t. VI, page 349.

retardé le travail. En évacuant environ douze livres d'eau, on a fait cesser cette distension, ce tiraillement des fibres utérines qui semblaient ne pouvoir être portées fort au-delà, sans être forcées de réagir et de se contracter (1). Mais en mettant la matrice dans de nouvelles conditions, on a prolongé le terme de l'accouchement. Les fœtus se sont développés, et si on eût pratiqué une seconde et une troisième ponctions, il est probable que les enfans seraient nés viables. La ponction, telle qu'elle a été faite chez le sujet de cette observation, n'est pas sans danger pour la mère et l'enfant, comme le prouve l'hémorrhagie qui l'a accompagnée. Sans nous arrêter à discuter l'opinion de Camper, de Scarpa, etc., etc., nous trouvons, dans le fait rapporté, des motifs assez graves pour la rejeter et pour lui préférer l'évacuation des eaux à travers le vagin et l'orifice utérin. Il suffira, pour remplir cette indication, d'une sonde qu'on introduira entre les membranes et les parois de la matrice, et avec laquelle la rupture sera faite à un endroit assez éloigné de l'orifice utérin. A la suite de l'évacuation, le travail peut ne pas se déclarer, et nous avons lieu d'espérer ce résultat, d'après des exemples de rupture des membranes faite dans le but de provoquer l'accouchement prématuré, dans les cas de vices de conformation du bassin, et d'après les insuccès qu'on a éprouvés pour arrêter quelquefois par ce moyen le développement de la grossesse. Alors il se formera une nouvelle accumulation de liquide, qui en distendant la matrice provoquera elle-même peut-être la déchirure des membranes au lieu où la rupture aura été préalablement faite. Si cet événement ne survenait pas, on pourrait répéter la même opération dans les cas où la distension serait extrême. Enfin, une considération qui doit nous faire croire à la prolongation de la grossesse, c'est que le travail ne se déclare spontanément dans les cas d'hydropisie que par la dilatation énorme de toute la capacité de la matrice, et qu'en faisant cesser cette cause par l'évacuation du liquide, la matrice n'aura pas lieu de réagir. Peut-être nous objectera-t-on que cette opération ainsi pratiquée est inutile, puisque, d'après Puzos, les enfans périssent communément dans cette espèce de maladie, et que Baudelocque n'a connu d'autre observation où le fœtus était né vivant, au moment où la nature s'est efforcée de se débarrasser de cette grande quantité d'eau, que celle que nous avons rapportée. Les motifs de l'opinion de Puzos sont, que les eaux s'amassent et se conservent long-temps dans la matrice, que leur volume énorme comprime le placenta et l'enfant, ralentit la circulation et finit par l'intercepter tout-à-fait, lorsque l'hydropisie est à son dernier degré. Il est vrai que, lorsque l'enfant succombe, ce n'est généralement qu'à une époque rapprochée du travail, comme dans l'observation de M. Pelletan. Mais de la connaissance de ce fait, doit-on tirer des indications autres que celles de ne pas attendre la dernière période de la maladie, et d'agir, comme dans l'observation de M. Duclos, de Toulouse, aussitôt que l'orifice utérin présente un commencement de dilatation? Nous ne le pensons pas. Quant à l'opinion de Baudelocque, elle n'a pas été sanctionnée par l'expérience; car, dans la plupart des observations publiées sur ce sujet depuis vingt ans, les enfans sont venus vivans au monde. Celui que M. Duclos reçut était âgé de deux ans, lorsque ce praticien transmit son observation à la Société de médecine, établie dans le sein de la Faculté de Paris. (1)

L'opération que nous proposons, si elle a du succès, aura aussi du revers. Dans cette dernière condition, elle nous offrira des avantages qui nous détermineront toujours à la pratiquer; car l'écoulement des eaux se fera très-lentement; la matrice aura le temps de se contracter et de revenir sur elle-même, et par là ne sera pas exposée à cette inertie, cause des pertes foudroyantes qu'une déplétion trop subite fait naître. Les praticiens qui ont cherché à remplir, dans ce cas, l'indication de ralentir l'écoulement des eaux, n'ont pas rencontré les mêmes avantages dans les moyens qu'ils ont employés. Maintenant il ne nous reste plus qu'à rapporter une observation où la méthode proposée a été mise en usage, et nous la choisirons parmi celles où le talent eut à lutter contre des accidens que l'application de cette méthode a peut-être empêché d'être mortels.

Mme G.** (rapporte Mme Boivin), demeurant à Paris, place des Victoires, avait tous les symptômes apparens d'une hydropisie ascite; mais comme elle avait eu d'abord quelque idée de grossesse, et qu'il lui semblait parfois sentir remuer, nous fûmes appelés pour constater l'état de l'utérus. En effet, cette dame se trouvait enceinte d'environ six mois. L'abdomen continuait de se développer d'une manière effrayante à cause de l'état de suffocation qui en résultait. M. Duméril et moi, d'après le consentement des parens, nous fîmes demander l'avis de M. Dubois. Nous venions d'examiner la malade qui était dans le huitième mois de la grossesse. Le col utérin était totalement effacé; l'orifice assez entr'ouvert pour arriver jusqu'aux membranes, dont nous proposâmes la rupture, comme le seul moyen de réduire les dimensions de l'utérus qui était le siége de l'hydropisie, et d'amener le plus promptement possible les contractions de ce viscère. Ce point convenu, nous glissâmes dans l'orifice une sonde de femme, et nous rompîmes les membranes à une certaine profondeur, pour empêcher que l'utérus ne se vidât trop brusquement.

L'eau s'écoula pendant à peu près douze heures; les parois de la matrice se rapprochèrent insensiblement; l'orifice s'entr'ouvrit assez pour laisser couler un petit fœtus vivant du poids de deux livres et demie à trois livres; mais l'utérus était resté dans un état de collapsus complet, le sang ruisselait de sa cavité; la main que nous y avions introduite se trouvait plongée dans un énorme sac vide, absolument vide.

Le placenta, que nous reconnûmes pour tel par le cordon grêle qui nous avait servi de guide, ne formait qu'une couche mince, qui s'étendait dans presque toute l'immensité de la face interne de ce viscère. Ce ne fut qu'après beaucoup de peines et de tentatives réitérées que nous parvînmes à détacher entièrement, à amener au dehors, roulé plusieurs fois sur lui-même, un placenta sans forme, muni de son cordon.

La délivrance dura plus de trois quarts d'heure, et pendant ce temps, la perte cessait et reprenait avec plus ou

(1) *Recueil périod. de la soc. de méd.*, t. IV, p. 374.

(1) Tome VI des Bulletins, 1818-1819, page 213.

moins de violence, quoique ayant mis en usage, avec la plus grande célérité, tous les moyens prescrits en pareil cas, et dont, à l'avance, nous nous étions pourvus pour obtenir la contraction parfaite de l'utérus et la cessation totale de la perte. Jamais hémorrhagie ne fut plus effroyable, et n'exigea plus de sang-froid par rapport à l'accident lui-même, et aux circonstances qui l'accompagnaient. La mère de la jeune dame fut prise de violens accès de convulsions ; le mari, effrayé de l'état de sa femme et de celui de sa belle-mère, perdit la tête, au point de vouloir se jetter par la fenêtre. Il n'y eut qu'une petite dame, amie de l'accouchée, qui tint bon, et qui nous fut d'un grand secours par sa présence d'esprit et son intelligence à nous servir dans cette conjoncture des plus critiques.

M. Dubois, que nous avions fait prévenir, arriva comme la délivrance venait d'être terminée et la perte arrêtée : nous fîmes ensemble l'examen du placenta. Après l'avoir déroulé, nous jugeâmes qu'il avait douze pouces dans un sens opposé. Dans les points les plus épais, et qui étaient distans les uns des autres, il n'y avait guère que deux à trois lignes d'épaisseur : c'était sur un de ces points qu'était implanté le cordon. Les vaisseaux ombilicaux serpentaient et se croisaient irrégulièrement dans une grande étendue de membranes.

Malgré l'excessive perte de sang que cette dame avait éprouvée, elle s'est assez promptement rétablie, et après avoir suivi pendant une année un régime tonique et fortifiant, et pris les bains de mer, elle eut deux grossesses successives des plus heureuses, et les deux enfans furent allaités par elle avec beaucoup de succès. (*Observations et Réflexions sur les cas d'absorption du placenta*, p. 15.)

Note *sur quelques faits relatifs à la pathologie du fœtus ; par le docteur* Ollivier (*d'Angers*).

Dans son *Traité sur les maladies des nouveaux-nés*, Billard a ébauché une partie de la pathologie du fœtus : son ouvrage renferme beaucoup d'observations précieuses sur ce sujet intéressant, et l'on peut aujourd'hui en compter un assez grand nombre d'autres dans les annales de la science. Mais elles ne sont point encore assez multipliées pour fournir les élémens d'une histoire complète des maladies qui peuvent se développer chez le fœtus, d'ailleurs bien conformé, pendant les différentes périodes de la vie intrà-utérine. Cependant il ressort déjà de ces faits plusieurs résultats généraux qui ont été mentionnés par quelques observateurs. Ainsi, par exemple, malgré les connexions et les rapports intimes qui unissent l'embryon à ses annexes, celui-ci est souvent affecté indépendamment de ces dernières, de même que celles là sont, dans certains cas, le siége d'altérations qui n'ont aucune influence sensible sur la santé et le développement du fœtus.

J'ai déjà rapporté un exemple d'inflammation des membranes de l'œuf qui n'a exercé aucune action fâcheuse sur l'enfant, lequel naquit bien portant, et qui depuis s'est développé à merveille : je conçois qu'on peut objecter que, pendant sa durée, cette phlegmasie a dû réagir sur le fœtus, et qu'ainsi il a été passagèrement malade : je ne le nie pas ; mais enfin cette maladie, si elle a existé, n'a pas laissé de traces durables. J'ai consigné dans ce même Journal l'observation d'une hydropisie bornée à la cavité du grand épiploon, chez un fœtus mort-né, régulièrement conformé. Les feuillets du repli péritonéal étaient écartés par un liquide séreux, jaunâtre, parfaitement limpide, dans lequel nageaient deux gros flocons albumineux. Le feuillet postérieur de l'épiploon était légèrement opaque. La tumeur donnait un volume énorme à l'abdomen, qui était uniformément distendu, et fluctuant comme dans l'ascite. Il y avait ici tout ce qui caractérise une épiploïte circonscrite. La mère s'était toujours bien portée : l'accouchement eut lieu au huitième mois.

Je pourrais citer d'autres faits qui prouvent, comme ceux-ci, qu'il y a ainsi assez souvent une véritable indépendance entre certaines maladies du fœtus et celles de ses annexes. Toutefois, je ne prétends pas dire que ces cas soient les plus fréquens, car il en existe aussi beaucoup dans lesquels il est évident que les maladies de l'embryon sont une conséquence de l'altération des parties constituantes de l'œuf. Enfin, si j'avais pour but de m'occuper ici de l'étiologie des altérations diverses qui peuvent affecter le fœtus, j'aurais rappelé d'abord que les maladies de la mère sont une des sources les plus fréquentes de celles de l'enfant, car la plupart d'entre elles sont transmissibles de la première au second. Mais j'ai voulu simplement indiquer quelques-unes des conditions particulières dans lesquelles se présentent différens états morbides du fœtus.

Dans certaines circonstances, une disposition insolite de quelques parties du corps de l'embryon peut donner lieu à une altération plus ou moins étendue de la peau qui recouvre ces parties. L'observation suivante en offre un exemple remarquable, en même temps qu'elle prouve un des usages du liquide amniotique.

Obs. Ire. — *Ulcération de la peau.* — Le 24 avril 1828, on m'apporta un enfant du sexe féminin, né depuis *deux jours*, qui présentait la variété rare de pied-bot, dans laquelle les deux pieds sont renversés sur l'une et l'autre jambes, de telle sorte que la face dorsale de chacun d'eux est appliquée directement sur la face antérieure de la jambe. Du côté gauche, il existait au dessus de la malléole externe, et dans le pli résultant de la flexion forcée du pied sur la jambe, deux ulcérations de la peau, à fond grisâtre, à bords très-rouges et saignans, ayant l'aspect d'une brûlure au second degré, et récente. Le pied droit, à sa partie interne et dans toute l'étendue de sa face dorsale, ainsi que le tiers inférieur de la face antérieure de la jambe correspondante, présentait une large escarre d'un gris jaunâtre, entourée d'un cercle inflammatoire très-rouge et saignant. Cette altération de la peau avait, comme celle de l'autre jambe, la plus grande analogie avec une brûlure récente.

L'accoucheur ayant remarqué cette singulière altération de la peau, au moment de la sortie de l'enfant, avait fait appliquer dessus des compresses imbibées d'eau de guimauve, qu'on avait renouvelées avec soin sans que l'aspect de ces plaies eût encore changé. En examinant les deux pieds, je reconnus qu'une extension modérée les ramenait

aisément à leur situation naturelle, quoiqu'en causant une douleur assez vive. Je conseillai en conséquence l'application d'un bandage extensif pour s'opposer à la flexion contre nature, et je fis recouvrir les surfaces ulcérées avec un linge fin enduit de cérat de Goulard. Ce traitement, continué avec soin, ne tarda pas à être suivi de la cicatrisation complète des deux ulcérations de la peau, et du redressement des deux pieds au bout d'un certain temps.

J'ai dit que ce fait servait à démontrer un des usages des eaux de l'amnios. En effet, on sait que l'absence du contact de l'air atmosphérique sur la peau, concourt, dans certains cas, à produire dans cette membrane une transformation locale qui lui donne tous les caractères d'une membrane muqueuse. La peau rougit, s'enflamme, se ramollit; l'épiderme n'y est plus visible, et sa surface se recouvre d'une exsudation assez abondante, tout-à-fait analogue au mucus qui lubrifie les membranes muqueuses. C'est ce qu'on observe dans les plis profonds que la flexion des membres détermine chez les enfans très-gras : le même phénomène se remarque à la suite de contractures musculaires anciennes, en un mot, partout où la peau, en contact avec elle même, est soustraite à l'action directe de l'air. Or, il n'est pas douteux que l'eau de l'amnios exerce sur la surface du corps du fœtus contenu dans l'utérus, une action analogue à celle de l'air sur le corps de l'enfant après sa naissance, en entretenant l'isolement de ses parties extérieures. L'observation curieuse que je viens de rapporter prouve donc qu'une position vicieuse des membres du fœtus, qui soustrait la peau à l'action du liquide qui l'humecte continuellement, peut déterminer aussi le ramollissement et l'inflammation de cette membrane, pendant la vie intra-utérine. Telle est, sans doute, l'origine de ces adhérences contre-nature, qui accompagnent quelquefois certaines monstruosités.

De toutes les maladies congénitales, les affections cutanées sont sans contredit celles dont les auteurs ont relaté le plus d'exemples : la plupart ont été considérées comme syphilitiques, quoiqu'elles ne le fussent pas; mais toutes sont la répétition de maladies qu'on observe assez communément après la naissance. Sous ce rapport, il n'en est pas tout-à-fait ainsi de celle dont je vais rapporter l'observation : je ne connais jusqu'à présent aucun fait semblable.

Obs. IIe *Excroissances verruqueuses sur une grande partie de la surface du corps d'un fœtus.* — Le 12 avril dernier, je fus chargé par M. le procureur du roi, d'ouvrir le cadavre d'un fœtus, retiré de la Seine le jour précédent, à l'effet de déterminer les causes de sa mort. D'après le degré de putréfaction du corps, on pouvait penser que l'immersion dans l'eau datait de trois semaines environ. Le développement de ce fœtus était celui d'un enfant à terme. J'omets tous les détails étrangers au sujet qui m'occupe ici.

Il existait sur toute la partie antérieure de la poitrine et sur l'abdomen, spécialement dans sa moitié supérieure, un nombre infini de verrues d'un blanc grisâtre, dont plusieurs avaient la largeur d'une lentille. Toutes étaient plus ou moins manifestement pédiculées : les plus grosses étaient fendillées dans la plus grande partie de leur épaisseur. En détachant l'épiderme, que la putréfaction avait séparé de la peau, on voyait que toutes ces excroissances le traversaient sans en être recouvertes; la dissection montrait que chacune d'elles prenait racine dans l'épaisseur du derme, et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais ce n'était pas seulement au devant de la poitrine et du ventre qu'on observait cette végétation verruqueuse; elle existait sur l'une et l'autre épaules, ainsi que sur les deux bras jusqu'aux coudes, particulièrement en dehors et un peu en arrière; sur les deux cuisses et les deux fesses, également en dehors et en arrière seulement. Les régions indiquées étaient recouvertes à droite et à gauche dans la même étendue, par un nombre considérable de petites verrues qui donnaient un aspect grenu à la surface de la peau; plusieurs d'entr'elles avaient la couleur jaunâtre des éphélides, en sorte qu'à une certaine distance on pouvait croire que la peau offrait simplement cette altération de couleur. Tous les organes de ce fœtus étaient dans l'état sain.

Si l'affection de la peau que je viens de décrire se rapproche par ses caractères anatomiques de celle qu'on observe fréquemment aux divers âges de la vie, il est certain qu'elle en diffère notablement sous le rapport de son développement, car les verrues, qui existent si souvent à la surface de la peau, ne se trouvent ordinairement que sur quelques points isolés des tégumens, et ne recouvrent pas comme ici une grande partie du corps, occupant, d'une manière symétrique, la même région sur chacun des quatre membres. Le seul fait observé chez l'adulte, qui ait quelque rapport avec celui-ci, est cité par Pechlin (*Obs. phys. méd.* Hambourg, 1641, in-4°. Lib. 2. Obs. 44), qui a vu un chirurgien qui portait sur toute la surface du corps un très-grand nombre d'excroissances verruqueuses. Cette observation prouve, contre l'opinion de Corry, que les verrues peuvent être congénitales : *Nunquàm connatœ sunt verrucœ*, dit l'auteur. (*Tract. de morb. cut.*; Paris, 1777, in-4°. p. 542). Peut-être a-t-on pris quelques exemples du même genre que celui que je rapporte pour des cas d'affection vénérienne congénitale? Mais ici, du moins, l'équivoque n'était pas possible : aucune analogie n'existait entre ces verrues et les diverses espèces de syphilides. Je doute que l'état de la mère ait pu fournir quelques lumières sur l'étiologie de cette singulière maladie; toutefois, on a été ici forcément privé de cette source de renseignemens.

Des manœuvres coupables employées pour produire l'avortement, peuvent déterminer chez le fœtus des lésions d'apparence traumatique. J'ignore si c'est à une cause de cette espèce qu'il faut attribuer celle dont je vais parler.

Obs. III. — *Abcès sous-cutané chez un fœtus de trois mois et demi environ.* — Le 19 mars dernier, M. le procureur du roi nomma M. Serres et moi pour procéder à l'ouverture d'un fœtus de trois mois, trouvé dans un enclos voisin de l'hôpital de la Pitié, afin de déterminer s'il ne portait pas de traces qui pouvaient faire penser que l'avortement avait été provoqué. La putréfaction de ce fœtus était déjà assez avancée, mais tous les organes étaient parfaitement reconnaissables, et aucun d'eux ne présentait d'altération appréciable. Il existait au-devant de la moitié droite et antérieure du cou une tumeur de la grosseur d'une noisette, dont la couleur d'un blanc-jaunâtre contrastait avec la teinte rougeâtre de tout le cadavre. Cette tumeur était

molle, fluctuante, et s'étendait de la base de la mâchoire inférieure à l'articulation sterno-claviculaire droite. Une incision pratiquée, suivant sa longueur, donna issue à un pus crémeux, blanchâtre, sans odeur, situé immédiatement sous la peau qu'il éloignait des muscles sous-jacens. Aucune altération des tégumens n'existait au-devant et autour de ce foyer purulent.

La présence de cet abcès, jointe à l'expulsion prématurée du fœtus, qui ne portait aucune trace de lésion grave, peut bien faire soupçonner qu'une pareille altération a été le résultat de quelque tentative faite pour solliciter l'avortement; mais ce n'est qu'une présomption que rien ne justifie, attendu l'absence de toute espèce de traces de violence extérieures sur le cadavre, et l'on peut tout aussi bien admettre que cet abcès n'était que la conséquence d'un phlegmon développé spontanément chez le fœtus contenu dans l'utérus. Ajoutons, d'ailleurs, que dans ce cas, comme dans le précédent, la mère est restée inconnue, et qu'il a été impossible de savoir à quelle cause a été dû l'avortement. Quoi qu'il en soit, ce fait prouve toujours que, dès les premiers mois de la vie intrà-utérine, le tissu cellulaire, quoiqu'imparfaitement formé, est déjà susceptible d'inflammation et de fournir tous les élémens d'une suppuration entièrement semblable à celle qu'on observe à une période plus avancée de la vie intrà-utérine et après la naissance.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

—

Epanchement apoplectique dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale. — Extrait de l'observation de M. LONGET, *interne à l'hospice de la Vieillesse* (Hommes).

Lefebvre (tailleur), âgé de 73 ans, sujet aux étourdissemens, ressentait depuis une année de la douleur et de l'engourdissement dans les membres abdominaux, et par fois il éprouvait un peu de difficulté et d'embarras dans la prononciation; mais aucun de ces phénomènes n'avait de suite, leur durée était fort courte.

Le 12 juillet, il se plaint d'un mal de tête violent; il dit qu'il sent son bras droit s'affaiblir, les mouvemens y devenir plus difficiles, et on y constate déjà une diminution assez notable de la sensibilité. L'intelligence est intacte.

Le 13, le mal de tête persiste avec toute son intensité de la veille; la force est diminuée dans le membre inférieur droit qui ne peut être soulevé qu'avec beaucoup d'efforts de la part du malade. La sensibilité ne paraît pas diminuée dans la même proportion que la contractilité dans les deux membres affectés. Du reste, pas de contraction, pas de déviation de la bouche; la langue sort droite de la cavité buccale. Lefebvre a eu des vertiges, les facultés intellectuelles paraissent plus obtuses, la mémoire est faible et infidèle, ses idées sont troublées, ses perceptions plus lentes. Ses réponses sont justes, mais elles ne sont émises qu'avec une lenteur remarquable; la langue paraît embarrassée. Le malade manifeste une tendance continuelle au sommeil et une indifférence complète sur son état présent.

Le 14, il y a eu un peu de délire la nuit; la céphalalgie est un peu plus supportable, l'agitation pénible, et le pouls, de lent qu'il était la veille, a pris de la fréquence. Il y a un appareil fébrile assez développé, et quelques symptômes de fièvre adynamique apparaissent : la face est violacée; les yeux sont légèrement injectés, larmoyans, et l'ensemble de la physionomie offre une sorte de stupeur; la soif est plus ardente; la langue présente de la sécheresse et une rougeur assez prononcée. Le pouls est accéléré, la peau sèche, la chaleur augmentée.

Le malade a perdu complètement l'usage de son côté droit; la sensibilité et le mouvement ont entièrement disparu; le côté frappé de paralysie est dans une résolution parfaite.

L'embarras de la langue est plus marqué; le malade ne profère plus que quelques paroles entrecoupées; il paraît néanmoins saisir encore les questions qu'on lui fait; il éprouve une difficulté infinie à y répondre. La bouche est légèrement déviée du côté opposé à celui que la paralysie a atteint.

Le 15, l'état comateux est complet; Lefebvre ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; cependant il fait comprendre par des mouvemens automatiques qu'il a pu les saisir. On observe une légère contracture du côté malade. Le malade ne sent pas d'engourdissemens, de picotement dans les membres paralysés, et ne témoigne pas de douleur quand on les fait mouvoir avec rudesse.

La vue est conservée. La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche et presqu'immobile; les yeux sont fixes, dirigés en haut; la tête est portée en arrière. La soif est vive, la langue brunâtre; la déglutition s'opère avec difficulté.

Le 16, la stupeur a acquis son plus haut degré. La légère contraction observée la veille a disparu : aujourd'hui la résolution est complète. Le malade entend un peu et fait des efforts pour répondre; mais bientôt il retombe dans le coma : la respiration est parfois râlante, la déglutition est impossible; le malade laisse écouler ses urines.

Mort le 17 juillet à cinq heures du soir.

Nécropsie 15 heures après la mort. — Le crâne n'offre rien de particulier, non plus que la dure-mère dont les sinus sont gorgés de sang.

La cavité de l'arachnoïde est occupée par une production accidentelle. En exerçant une légère traction sur la dure-mère, je détruis de fines adhérences, et je parviens à renverser, avec les lambeaux de cette membrane, un vaste coagulum qui comprimait l'hémisphère gauche. Il s'étend d'avant en arrière, depuis la suture qui unit le frontal au pariétal du côté gauche, jusques dans les fosses supérieures de l'occipital. Dans le sens transverse il recouvre l'hémisphère gauche dans une étendue de 3 pouces, à partir de la faux cérébrale qui présente une concrétion osseuse. Cette tumeur sanguine aplatie, alongée, d'une couleur en quelque sorte comparable à celle de la rate, n'a pas contracté d'adhérences intimes avec le feuillet arachnoïdien cérébral dont elle se trouve isolée par une membrane mince, lisse et polie. Les adhérences sont plus sensibles avec le

feuillet séreux qui tapisse la face interne de la dure-mère qui, loin d'être chagrinée, est parfaitement lisse, d'où l'on pourrait inférer que le feuillet pariétal y est encore appliqué, et que par conséquent l'épanchement apoplectique a son siége dans la cavité de l'arachnoïde.

Quoi qu'il en soit de ce siége, le coagulum dont je parle avait déprimé l'hémisphère cérébral gauche, de manière qu'il y formait une gouttière profonde dans laquelle il se logeait; que les circonvolutions de ce côté se trouvaient affaissées, et de beaucoup au-dessous du niveau de celles du côté opposé. Il adhère, *surtout par sa circonférence* qui va en s'amincissant d'une manière graduelle, au feuillet pariétal de l'arachnoïde. Ce corps résistant est formé par du sang en partie solide et fibrineux, en partie liquide et noir.

L'espèce de gouttière imprimée sur l'hémisphère gauche et sur laquelle s'appuyait le coagulum, offrait une couleur de rouille. La pie-mère et l'arachnoïde cérébrale de ce côté étaient teintes et imprégnées de sang; mais dans aucun endroit on ne pouvait constater la rupture de vaisseaux sanguins. La pie-mère fortement injectée se laissait détacher facilement de la substance cérébrale.

Le reste de la masse encéphalique est à-peu-près sain : il est ferme et consistant; seulement les deux hémisphères (et surtout l'hémisphère gauche) coupés par tranches, présentent une injection assez forte des deux substances, mais point *de foyers hémorrhagiques*. Les ventricules ne contiennent pas une goutte de sérosité.

Poitrine. — Les poumons sont adhérens à la plèvre costale, mais ils n'offrent aucune espèce d'altération.

Le cœur est peut-être un peu volumineux.

Abdomen. — La membrane interne de l'estomac est jugée exempte d'altération. On observe une phlogose légère vers la fin de l'intestin grêle. Le tissu de la rate se laisse déchirer avec une facilité remarquable.

Le foie, les reins, la vessie paraissent être à l'état physiologique.

Rapport sur l'observation précédente; par M. BAILLARGET, *premier interne en médecine à la Maison royale de Charenton.*

Chargé de faire un rapport sur l'observation qui précède, nous nous sommes acquitté de cette tâche avec d'autant plus de plaisir, que plusieurs faits que nous avons nous-même recueillis chez des aliénés paralytiques, avaient depuis long-temps déjà fixé notre attention sur cette espèce d'hémorrhagie méningée. Après avoir lu la plupart des observations analogues publiées par les auteurs, nous ne craignons point d'avancer que celle de M. Longet est une des plus intéressantes sous le rapport du diagnostic et de l'anatomie pathologique. On a cru que le malade avait succombé à un ramollissement du cerveau; et si on considère que les signes précurseurs, les symptômes, la marche et la terminaison de la maladie ont été les mêmes que dans cette dernière affection, on verra que l'erreur était pour ainsi dire inévitable. M. Longet vous a, à cette occasion, rappelé l'opinion de M. Rostan, qui, en parlant des hémorrhagies de l'arachnoïde, dit : « Que rien ne ressemble plus au ramollissement du cerveau que cette maladie. » Cependant ce serait, à notre avis, se tromper gravement que de croire qu'il en est ainsi dans tous les cas. Des trois observations que M. Rostan lui-même a rapportées, il en est au moins une où les symptômes ne peuvent, en aucune manière, être pris pour ceux d'un ramollissement. Dans d'autres faits publiés par Abercrombie et M. Calmeil, on n'a point observé de paralysie, et l'idée d'un ramollissement n'a pu par conséquent se présenter. D'ailleurs toutes les fois que l'hémorrhagie de l'arachnoïde, qu'elle ait ou non simulé le ramollissement, ne se termine point par la mort; que les symptômes, au lieu d'aller en s'aggravant, diminuent d'intensité; que le malade se rétablit plus ou moins promptement, on ne pourra point encore confondre ces deux affections. Or, les kystes hémorrhagiques, plus ou moins anciens, que MM. Ribes, Abercrombie, Houssard, Calmeil, Blandin, Favre, etc. ont trouvés dans la cavité de l'arachnoïde, prouvent que les malades ne succombent souvent qu'après un ou plusieurs mois, ou même plusieurs années. Il est important de remarquer que si l'hémorrhagie a, dans ces divers cas, simulé le ramollissement, on pourrait croire avoir guéri cette dernière maladie. On conçoit, très-bien, par exemple, qu'il aurait pu en être ainsi, si le vieillard dont M. Longet vous a rapporté l'observation n'avait point succombé. Cependant la diminution rapide de la paralysie dans le cas d'hémorrhagie, ou même sa disparition complète dans un temps assez court, nous semble, dans tous les cas, devoir empêcher qu'on adopte cette idée. J'ai dit plus haut que le malade se rétablissait promptement : je n'entends point par là qu'il revient à son état antérieur. En effet, en lisant les observations des auteurs que j'ai cités, on voit que le plus souvent tantôt il est resté de l'embarras dans la langue, une faiblesse générale des membres, quelquefois prédominant à droite ou à gauche, ou bien le délire a éclaté, etc. Il est une autre opinion relative au diagnostic des hémorrhagies de l'arachnoïde, que nous devons rappeler ici. « L'exhalation de sang, dit M. Rochoux, *toutes* les fois qu'elle a lieu à l'extérieur du cerveau, suit une marche assez analogue à celle de l'épanchement séreux des ventricules, à cela près de la fièvre dont l'absence peut seule la faire distinguer de cette affection, et qu'elle simule l'apoplexie quand elle a son siège dans les ventricules, parce qu'il y a alors hémiplégie si l'épanchement s'est fait d'un seul côté. » Cette assertion, comme celle de M. Rostan, doit encore être limitée à un petit nombre de cas. Il y a eu hémiplégie chez le malade dont M. Longet vous a lu l'observation : on retrouve encore ce symptôme dans les faits de Morgagni, de MM. Rostan, Houssard, etc. Il ne saurait donc servir de caractère pour distinguer l'hémorrhagie qui a lieu à la surface d'un hémisphère, de celle qui se fait dans les ventricules; mais il empêchera dans tous les cas de confondre ces maladies avec l'hydrocéphale aiguë. Quant à la fièvre, si elle était, comme le dit M. Rochoux, le seul caractère propre à distinguer cette dernière affection de l'hémorrhagie de l'arachnoïde, il faudrait y attacher peu d'importance, puisqu'il peut exister dans les deux cas. Cependant il faut remarquer que, dans l'un, la fièvre précède l'état comateux, et que dans l'autre elle ne survient le plus souvent qu'après un ou deux jours. Il faudrait aussi alors tenir

compte de l'âge des malades en général, si différent dans ces deux affections.

Quelquefois l'exhalation de sang à la surface du cerveau a simulé l'épanchement dans la substance même de l'organe, et c'est ce qu'on peut voir surtout dans une des observations de Morgagni. Ailleurs on aurait pu la confondre avec une forte congestion, si elle ne s'en distinguait ordinairement par la durée plus considérable des symptômes de compression, par la lenteur avec laquelle ils se dissipent. J'ajouterai que chez les aliénés paralytiques, il se fait assez souvent de légers épanchemens de sang dans la cavité de l'arachnoïde. On ne peut point alors les distinguer des simples congestions qui, chez ces malades, durent souvent pendant plusieurs jours. On pourrait aussi les confondre avec de simples récrudescences de la maladie qui s'observe assez fréquemment. On sait d'ailleurs qu'une congestion qui se fait sur un seul hémisphère peut produire l'hémiplégie incomplète du côté opposé : on la voit alors se dissiper presqu'immédiatement après la saignée. C'est ce que nous avons eu occasion d'observer deux fois déjà chez la même malade, à des époques assez éloignées.

De toute cette discussion relative au diagnostic, nous pourrons, je crois, conclure qu'on a eu tort d'admettre, d'après un trop petit nombre de faits, que l'hémorrhagie de l'arachnoïde ressemblait toujours, soit au ramollissement du cerveau, soit à l'hydrocéphale aiguë, qu'elle peut en outre simuler l'hémorrhagie cérébrale, une congestion très-forte, ou bien une congestion légère, etc. Ce résultat n'aura rien d'étonnant si on considère que les symptômes doivent nécessairement varier selon, 1° que le sang est exhalé sur un seul ou sur les deux hémisphères ; 2° que la quantité de sang est plus ou moins considérable ; 3° que l'exhalation se fait plus ou moins rapidement ; 4° selon qu'elle continue jusqu'à la mort ou bien qu'elle s'arrête plusieurs jours auparavant, ou même encore selon qu'elle cesse et recommence à plusieurs reprises, comme quelques observations pourraient faire croire que cela a quelquefois eu lieu. Je crois du reste qu'il n'est pas impossible de reconnaître dans certains cas la maladie à sa marche ; mais, il me faudrait, à l'appui de cette assertion, citer plusieurs observations, comparer les symptômes à ceux du ramollissement, de l'hémorrhagie cérébrale, de l'hydrocéphale, de la congestion, etc. et montrer en quoi ils en diffèrent, ce qui m'entraînerait à beaucoup trop de développemens.

La poche remplie de sang qu'on a trouvée à la face interne de la dure-mère avait cinq pouces de long sur trois pouces de large, elle recouvrait par conséquent une grande partie de l'hémisphère gauche. La membrane qui limitait ainsi l'épanchement était mince et transparente comme l'arachnoïde ; à la circonférence elle se continuait avec la face interne de la dure-mère, et elle disparaissait ainsi graduellement sur celle ci, sans qu'on observât de ligne de démarcation tranchée. Du reste, on ne voyait de sang ni à la surface du cerveau, ni à sa base : quelle est, après cet examen, la première idée qui a dû se présenter sur le siége de l'hémorrhagie ? Quant à nous, il nous semble qu'on a d'abord dû penser qu'elle était située entre la dure-mère et l'arachnoïde. Supposez, en effet, qu'un tel épanchement ait lieu, en quoi differra-t-il de celui qu'a observé M. Longet? Dans les deux cas, vous ne trouverez de sang que dans la poche qui existe à la face interne de la dure-mère, et la membrane qui la formera aura dans les deux cas la même apparence. Ce qui contribuera surtout à faire adopter cette opinion, que l'épanchement a lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde, c'est sa circonscription exacte qui doit alors nécessairement exister, et qui semble au contraire si difficile à concevoir si le sang a été exhalé dans la cavité de la membrane séreuse. Aussi dans la discussion qui s'est élevée au milieu de la Société, sur le siége de l'hémorrhagie que présentait M. Longet, est-ce la principale objection qu'on a faite. Nous avons dit alors comment l'examen attentif de plusieurs faits analogues nous avait conduit à expliquer d'une manière simple cette apparente similitude des hémorrhagies qui pourraient avoir lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde et celles qui se font dans la cavité de cette membrane. Nous avons pu constater quatre fois : 1° qu'il se formait à la face inférieure de l'épanchement un feuillet membraneux mince et transparent et un autre semblable à la face supérieure : 2° que ces deux feuillets à la circonférence de l'épanchement se réunissaient en un seul qui s'étendait souvent fort loin : 3° enfin, que le feuillet supérieur contractait constamment des adhérences avec l'arachnoïde pariétale. Si tout cela avait eu lieu pour l'épanchement soumis à votre examen, la membrane transparente qui le limitait ne devait être autre que le feuillet formé à la face inférieure, et on devait trouver le supérieur en détruisant les adhérences. C'est en effet ce que vous avez bientôt constaté. M. Blandin, en parlant des hémorrhagies qui se font entre la dure-mère et son feuillet séreux, dit qu'elles sont toujours très-bien circonscrites. Vous conclurez avec nous de l'observation de M. Longet, qu'on aurait tort de s'appuyer sur ce caractère pour déterminer le siége de l'épanchement dans les cas douteux, puisqu'il se rencontre aussi dans les hémorrhagies de l'arachnoïde. J'ajouterai même que ce n'est que dans le plus petit nombre des cas, et seulement quand l'épanchement est très-considérable et se fait très-rapidement, que le sang pénètre à la base ; encore peut-on supposer qu'il y a été exhalé. Il faut remarquer que le malade a succombé six jours après l'invasion des premiers symptômes, que les fausses membranes ne peuvent se former et les adhérences s'établir que quand l'exhalation a cessé, et que par conséquent tout ce travail était encore bien récent : cependant il y a eu matière à discussion. Que serait-il donc arrivé si le malade n'avait succombé qu'après plusieurs mois, ou même plusieurs années? Alors, au lieu d'une simple fausse membrane, vous eussiez trouvé un kyste plus ou moins épais, dont la face inférieure, lisse et polie, en contact depuis long-temps avec la sérosité et l'arachnoïde cérébrale, vous eût paru tapissée par une membrane séreuse. Peut-être même, avec du soin, parviendrait-on à soulever le premier feuillet formé à la face inférieure de l'épanchement, et on pourrait alors le prendre pour l'arachnoïde. Mais je suppose qu'on détruise les adhérences qui unissent le kyste à la face interne de la dure-mère, croit-on que l'examen de la surface ainsi mise à nu pourra détruire l'erreur? Je vais répondre par une citation de M. Ribes. « Un de mes confrères, dit-il en parlant du kyste hémorrhagique qu'il a trouvé à la face supérieure du cerveau, pensait que le sang s'était d'abord épanché entre la dure-

mère et l'arachnoïde, et il fondait son opinion sur ce qu'il croyait que l'arachnoïde n'existait plus sur la portion de la dure-mère qui correspondait au kyste. » Il est évident, en effet, que sur ce point l'arachnoïde aura tout-à-fait perdu l'aspect lisse et poli qui lui est propre, et qu'on pourra penser qu'elle n'existe plus. Je dois dire que le médecin dont parle M. Ribes était M. Breschet, M. Magendie ou M. Rochoux, qui assistaient seuls à l'examen de la pièce. Pour prouver combien il est quelquefois difficile de prononcer, j'ajouterai un autre fait, qui aura d'autant plus de poids qu'il s'est passé au milieu même de cette Société.

En 1830, M. Fabre présenta un kyste qui contenait cinq onces de sang et qui avait été trouvé chez un aliéné à la face interne de la dure-mère : une discussion eut également lieu sur le siége de l'épanchement qui était très-ancien. MM. Mance et Michon combattirent l'opinion de M. Fabre qui pensait que l'hémorrhagie s'était faite dans la cavité de l'arachnoïde, et soutinrent au contraire que le kyste était situé entre les lames de la dure-mère.

Ne pouvant rapporter ici les observations de MM. Rostan, Serres, Howship, Blandin, nous ne vous dirons point de conclure de ce qui précède qu'il ne se fait jamais d'hémorrhagie considérables, et dans un temps très-court, entre la dure-mère et l'arachnoïde, et que les auteurs que je viens de citer se sont trompés, mais nous remarquerons que la formation constante à la surface de l'épanchement d'un double feuillet membraneux qui a tout-à-fait l'aspect de l'arachnoïde, et les adhérences que contracte toujours le feuillet supérieur avec la face interne de la dure-mère, peut devenir une cause d'erreur difficile à éviter, surtout quand les hémorrhagies sont anciennes. Cette disposition n'ayant été signalée par aucun des auteurs, on peut en effet penser qu'ils se sont mépris sur le siége de l'épanchement, surtout si on considère : 1° que les petits vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire très-serré qui unit l'arachnoïde à la dure-mère, ne sauraient donner lieu à des épanchemens aussi abondans ; 2° qu'il faudrait supposer que le sang est poussé dans ces petits vaisseaux avec une force bien considérable pour détruire rapidement, et dans une aussi grande étendue, une adhérence aussi intense, malgré la résistance qu'oppose en-dessous la masse du cerveau ; 3° enfin, que s'il en était ainsi, on concevrait beaucoup plus facilement la rupture du feuillet séreux que son décollement. Il est vrai que M. Menières a supposé que l'hémorrhagie était précédée d'un engorgement du tissu cellulaire très-serré qui unit l'arachnoïde à la dure-mère, engorgement qui rendrait le décollement plus facile : mais ce n'est là qu'une hypothèse, dont on peut ne point tenir compte, jusqu'à ce qu'on ait cité des faits à l'appui. Nous croyons donc qu'il faut maintenant attendre de nouvelles observations pour admettre que des hémorrhagies considérables peuvent se faire dans un temps très-court entre la dure-mère et l'arachnoïde. M. Longet a examiné avec beaucoup de soin la surface du cerveau sans trouver de rupture ; nous croyons donc avec lui, malgré l'assertion contraire de M. Serres, que le sang a été exhalé. Nous dirons même que nous ne concevons pas qu'un vaisseau de la pie-mère se rompe (et il n'y a que ceux-là qui peuvent donner lieu à l'épanchement), sans qu'il y ait plus ou moins de sang infiltré dans cette membrane. Nous admettrons donc, comme des exemples d'hémorrhagies par exhalation, toutes celles où l'on n'a point indiqué de rupture, et où cette circonstance n'existe pas. Alors nous en trouverons des observations assez nombreuses dans les auteurs, et notamment dans Bang, Lieutaud, Wepfer, Morgagni, Neuman, Chiarugi, MM. Abercrombie, Bayle (1), Calmeil, Rochoux, Rostan, etc. — Si on considère que des hémorrhagies de l'arachnoïde, plus ou moins considérables, se rencontrent dans un huitième des cas environ, dans la paralysie générale des aliénés, maladie très-commune, je crois qu'on pourra admettre, malgré l'assertion contraire des auteurs, que l'arachnoïde est de toutes les membranes séreuses celle où l'exhalation sanguine est la plus fréquente. L'hémorrhagie, chez le malade dont M. Longet vous a lu l'observation, ne s'est faite que sur un hémisphère : dans des cas semblables, Morgagni et M. Abercrombie ont remarqué que les vaisseaux de la pie-mère, du côté où l'exhalation avait eu lieu, étaient gorgés de sang, tandis qu'ils étaient vides du côté opposé.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Remarques sur le prolapsus de l'utérus et de la vessie durant l'état puerpéral : par ROBERTON, *chirurgien de l'hôpital des femmes en couches, à Manchester* (2).

Il semble qu'après les travaux du siècle dernier on ne puisse attendre de nos contemporains que des recherches stériles sur les déplacemens de la matrice. Mais, dans une science où l'on se propose chaque jour d'approcher de la perfection, il se trouve toujours des observations nouvelles à faire, soit pour donner plus de valeur à des préceptes déjà connus, soit pour en établir de nouveaux. C'est sous l'influence de cette pensée que j'ai entrepris de vérifier et de suivre les faits qui se sont présentés à mon observation ; à l'aide des documens que ma position a pu me fournir, j'ai essayé de jeter de nouvelles lumières sur la question si souvent traitée de la descente de la matrice.

---

(1) Il est facile de voir que M. Bayle, dans son ouvrage sur la méningite chronique, a pris pour des fausses membranes, résultat d'une inflammation, des épanchemens de sang plus ou moins anciens. Les nombreuses autopsies d'aliénés paralytiques que nous avons déjà eu occasion de faire depuis 3 ans à la maison royale de Charenton, nous ont conduit à penser que telle était certainement l'origine de presque toutes les fausses membranes qu'on trouve chez ces malades dans la cavité de l'arachnoïde. S'il en est ainsi, le principal caractère sur lequel on pourrait s'appuyer pour prouver l'inflammation chronique se trouverait manquer. Les autres, en effet, tels que l'infiltration de la pie-mère, l'épanchement de sérosité limpide dans la cavité séreuse, quelques taches opaques sur l'arachnoïde, sont loin, comme on sait, de prouver une phlegmasie, surtout quand le cerveau est altéré, et M. Bayle n'ignore point que le plus souvent il y a, en même temps, un ramollissement superficiel, mais souvent très-étendu, de la substance grise extérieure, dont une couche très-mince s'enlève avec les membranes.

(2) *Edinburg Medical and Chirurgical Journal*, avril 1834.

Les déplacemens des organes contenus dans le bassin arrivent plus fréquemment dans les premiers mois, ou mieux dans les premières semaines de l'accouchement, que dans les autres époques de la vie. Dans la cité si populeuse et si industrieuse de Manchester, les femmes de la classe malheureuse sortent de leur lit et se livrent à leurs travaux domestiques, les unes au quatrième jour des couches, les autres à la fin de la semaine de leur accouchement. A la suite d'une conduite semblable, beaucoup d'entre elles viennent à l'hôpital pour se faire traiter du prolapsus de la matrice. Dans une classe plus élevée, on rencontre cette maladie parmi les femmes qui s'obstinent à ne pas rester le temps nécessaire dans le lit après l'accouchement, ou qui ont eu le malheur d'avoir supporté un travail long et pénible. Les 25 femmes dont j'ai relevé l'histoire furent toutes affectées de cette infirmité, à la suite de causes semblables et au milieu des mêmes conditions. Sous ce rapport, on peut avancer que le prolapsus de la matrice n'est pas une maladie du milieu de la vie ou de la vieillesse. Il est vrai qu'arrivé à son dernier degré il se rencontre généralement chez les femmes qui ont passé 35 et 40 ans; mais avant de parvenir à cet état, le prolapsus s'était montré dès l'époque du premier accouchement, surtout dans les cas où le volume de l'enfant a rendu le travail long et pénible.

La fréquence du prolapsus, dans l'état puerpéral, a été différemment expliquée par les auteurs. Suivant les uns, elle doit être attribuée au poids que l'utérus conserve encore, et au relachement des ligamens et des replis du péritoine qui fixent l'utérus et la vessie. Suivant les autres, on doit réunir à ces causes le relâchement du vagin et de l'aponévrose pelvienne. Pour bien apprécier les dispositions que l'accouchement apporte au développement du prolapsus, il est nécessaire de résumer tous les changemens qui surviennent dans les parties pendant le travail. Les moyens que la nature a mis en usage pour soutenir l'utérus et la vessie dans leur position sont nombreux. Le péritoine se déploie sur ces organes et le rectum, les lie étroitement entre eux, et en passant d'un organe à un autre, il se réfléchit sur toutes leurs parties, et par ses attaches au bassin il les fixe solidement à cette cavité et aux parois du bas-ventre. Le bassin, par son inclinaison, contribue dans la station à supporter, jusqu'à un certain point, la matrice et la vessie. Mais il est probable que le principal soutien de ces organes réside dans la texture du vagin lui même et plus particulièrement dans les attaches de ce canal, lorsqu'en fermant la sortie du bassin, il se fortifie de de l'élévateur de l'anus, de l'aponévrose pelvienne, ainsi que son muscle sphincter et du plexus des vaisseaux qui rampent sur tout le contour de son orifice extérieur. En disséquant les parties renfermées dans le bassin, nous pouvons avec facilité séparer de ses attaches la portion du vagin qui est dans l'excavation; mais, en arrivant à son passage sous l'arcade des pubis, là où il s'unit avec l'urètre et le rectum, on est étonné de la force des connexions des parties. J'ai fait avec mon ami Boutflower, pour m'éclairer sur ce point, l'expérience suivante : nous avons eu pour sujet le cadavre d'une forte femme, qui venait de mourir après quelques jours de maladie. Je commençai par couper les ligamens larges, et je continuai mon incision dans le but de séparer l'utérus et la vessie de ses attaches au bassin. Je tentai de pousser le col utérin à travers l'orifice externe du vagin, en pressant fortement le fond de la matrice dans la direction de l'axe du détroit périnéal; mais je ne pus réussir à le faire descendre aussi bas. En examinant la cause de la résistance, nous la trouvâmes là ou le vagin s'échappe du bassin, comme nous l'avions prévu. Le vagin et le plancher du bassin éprouvent des changemens considérables dans l'état puerpéral. Le péritoine qui recouvre l'utérus et l'attache par ses replis aux parties environnantes, après l'extension qu'il a eue pendant la grossesse, a perdu sa densité et sa solidité, et se trouve peu propre à soutenir le poids des organes. En disséquant le corps des femmes qui sont mortes peu de temps après leur délivrance, j'ai trouvé que le péritoine était lâche et quelquefois comme plissé, à l'endroit où il commence à se réfléchir sur la vessie. Le vagin, sur lequel s'appuie la vessie déjà soutenue par le péritoine, est flasque et relaché. Nous pouvons dire la même chose des muscles et de l'aponévrose pelvienne qui entourent le vagin. Si on tient compte du poids de l'utérus; si on ajoute qu'une inflammation de la muqueuse du vagin, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique, vient quelquefois augmenter la faiblesse de ce canal, on se rendra raison du prolapsus de la matrice et de la vessie, chez une femme qui s'est relevée de ses couches à une époque trop rapprochée de l'accouchement. Ces circonstances nous conduisent à conclure que la vessie, modérément distendue, peut, faute d'un appui convenable, pousser en bas, par son propre poids, la matrice, et devenir la cause principale du prolapsus de cet organe. C'est une vérité que l'expérience confirme chaque jour.

Les trois observations que nous allons rapporter sont des exemples d'une légère procidence de la matrice survenue à la suite du travail d'un premier accouchement. Si elles ne sont pas détaillées, c'est que j'ai voulu signaler seulement la tendance que les organes contenus dans le bassin ont à se déplacer dans l'état puerpéral, surtout après un premier accouchement.

Ire Obs. — Eller Fogg, âgée de 20 ans, était accouchée depuis un mois de son premier enfant, qui, après un travail pénible, vînt mort au monde. Depuis cette époque, elle avait été faible, quoique jouissant d'une bonne santé. Dès les cinq premiers jours des couches, elle commença à éprouver de la pesanteur et à ressentir dans les parties un corps étranger qui tendait à s'échapper. Je la fis mettre sur un sopha, et à l'examen des parties, je trouvai le col utérin plus bas que dans l'état naturel et le vagin dans un état de mollesse et de relâchement. Tout près de l'orifice externe, sous l'arcade des pubis, les doigts découvrirent une large tumeur facile à comprimer et à surface lisse. Elle me parut être le fond de la vessie engagée sur la paroi du vagin relâché. La suite de l'observation n'a pas été recueillie.

IIe Obs.—Martha Sullivan, âgée de 25 ans, était accouchée, depuis six mois, de son premier enfant. Elle se releva de ses couches le troisième jour et se livra à ses occupations domestiques. Mais au bout de quinze jours après l'accouchement, elle ressentit dans les parties quelque chose d'étranger qui tendait à descendre. En examinant à travers le vagin, je découvris un léger prolapsus de l'utérus. (Le tou-

cher fut fait le matin, et à cette époque de la journée le prolapsus est moins marqué que le soir). J'observai une grande mollesse dans le vagin, et je constatai la descente de la vessie. Cet organe formait, tout près de l'orifice extérieur et sur la paroi du vagin, une tumeur qu'on pouvait aisément déprimer. La malade disait qu'elle éprouvait un sentiment de plénitude dans les parties, lorsque l'urine était depuis long-temps retenue dans la vessie. Elle entra à l'hôpital le 1er février, et le 25 avril elle déclara que sa santé s'était bien améliorée. Durant ce temps de séjour elle avait été soumise à des lotions de nitrate d'argent. (Un scrupule de ce sel dans 8 onces d'eau.)

IIme Obs. — Anne Mercer, âgée de 21 ans, jouissant en apparence d'une bonne santé, était accouchée de son premier enfant depuis un mois et trois jours. Elle était venue à l'hôpital, se plaignant de pesanteur dans les parties naturelles. Elle avait beaucoup souffert, pendant sa grossesse, de démangeaisons et d'inflammation de la vulve, accidens pour lesquels elle avait reçu des soins à l'hôpital. A l'exploration vaginale, je trouvai le col utérin plus bas que dans l'état normal; mais la cause de la pesanteur que ressentait la femme, était la descente de la vessie, que l'on rencontrait sous la forme d'une large tumeur dans le vagin et près de l'arcade des pubis et de l'orifice externe du vagin. Comme cette femme était obligée de travailler et ne pouvait pas garder le repos, je conseillai l'usage du pessaire de Duffin, et je recommandai de l'enlever la nuit, de le laver matin et soir et de faire des lotions de nitrate d'argent. Le pessaire ne put pas être supporté dans le vagin. La tumeur était plus large. C'est alors que je donnai à la malade l'avis d'aller dans son pays. Après y avoir passé deux mois, sa santé devint meilleure. Elle obtint du soulagement, sous le rapport de la descente de la vessie.

Dans les exemples que nous venons de citer, les malades étaient privées de toutes les ressources de la fortune. Elles ne pouvaient suivre constamment et avec régularité un traitement convenable, parceque leur travail était nécessaire à leur existence. Aussi n'ont-elles éprouvé que de l'amélioration. Cette maladie est curable si elle est traitée dès le début, ou dans la période puerpérale qui suit immédiatement celle où le prolapsus s'est montré. Mais si la maladie est négligée, chaque accouchement enlève des chances de succès. Dans les cas où la guérison a été obtenue, nous avons obligé la patiente, dans les accouchemens suivans, à se soumettre à certaines précautions. Le repos absolu dans le lit, et le coucher sur le dos, sont les moyens de guérison sur lesquels on doit fonder toutes ses espérances. Tous les remèdes qu'on pourra donner ne devront servir qu'à fortifier la santé. Les lotions astringentes, les pessaires de diverses formes restent le plus souvent sans effet. Leur application même peut être dangereuse. Les lotions doivent être faites seulement avec de l'eau tiède. Les femmes qui sont exposées à cette espèce de déplacement ne doivent pas allaiter au-delà de cinq ou six mois; car la lactation prolongée tend à faire naître des conditions favorables à la descente. Dans les observations suivantes, ces différens préceptes ont été mis en pratique et ont obtenu tous les succès que la théorie avait fait prévoir.

IVe Obs. — Mme ***, âgée de 28 ans, d'une constitution forte et robuste, venait d'accoucher de son second enfant. La garde m'apprit que cette dame, depuis deux ans, époque de son premier accouchement, avait été affligée de pesanteur et de tiraillement dans les parties, qui, à diverses reprises, ne lui avaient point permis de se promener, même dans le temps où elle jouissait d'une bonne santé. Il paraît qu'après le premier accouchement elle s'obstina, contre l'avis du chirurgien, à sortir de son lit le troisième jour des couches, et elle se conduisit, sous tous les rapports, comme une femme sans expérience. Cette dame m'apprit elle-même que les souffrances qu'elle avait endurées à la suite de son imprudence ne s'étaient dissipées que par le développement de la grossesse. Elle écouta aisément mes conseils. Je lui prescrivis de rester couchée sur le dos aussi long-temps qu'elle éprouverait la sensation d'une pesanteur dans les parties, et je lui rappelai qu'elle se trouvait dans les conditions les plus favorables pour sa parfaite guérison, et que, si elle sortait de sa chambre, le mal continuerait de rendre sa vie misérable et deviendrait au-dessus des ressources de l'art. Pendant quinze jours, la patiente resta dans son lit, légèrement couverte. Au bout de ce temps, elle se coucha pendant le jour sur un sopha, qu'on avait le soin d'approcher du lit matin et soir. Après cinq semaines de repos, elle commença à avoir plus de liberté, et plus tard elle fut rendue entièrement à ses occupations. Quelques mois après, je m'assurai que cette dame n'avait éprouvé aucun retour de sa maladie.

Ve Obs. — Mme W***, âgée de 20 ans, avait eu un premier accouchement fort laborieux. La tête de l'enfant, retenue pendant dix heures dans l'excavation pelvienne, fut extraite au moyen du forceps. L'enfant, quoique faible, vint au monde vivant. La vessie fut fortement irritée, et le cathéter fut mis en usage pour l'évacuation de l'urine. La vulve et le vagin furent également enflammés; et pendant la première semaine, cet état fut accompagné de fièvre. Douze jours après, en se mettant sur son séant elle ressentit, dans les parties naturelles, de la pesanteur et des tiraillemens qui ne lui permettaient point de se tenir levée. Au toucher, je rencontrai de la tension et de la mollesse dans le vagin. L'utérus reposait sur le périnée. Je fis sentir à la dame la nécessité de garder le repos et de se tenir sur un matelas, couchée sur le dos, légèrement couverte. Des lotions furent faites avec de l'eau tiède. Le travail avait eu lieu le 25 juillet. Le 14 août, elle fut prise tout-à-coup de fièvre et affectée d'une ulcération à la gorge, accidens qui l'obligèrent à garder le lit pendant quinze jours. En se relevant de cette maladie et en sortant de son lit, elle ne ressentit plus aucun symptômed u prolapsus de la matrice. Le 12 septembre, sa santé était revenue, elle ne se plaignait que de sa faiblesse.

VIe Obs. — Mme H***, âgée environ de 30 ans, accoucha de son premier enfant, après un travail de vingt heures. La tête du fœtus, retenue pendant huit heures au passage, malgré les contractions utérines, fut extraite au moyen du forceps. Vers la fin de la semaine, la malade commença à se lever. Mais bientôt elle ressentit de la pesanteur dans les parties naturelles. Cet état était pour elle fatigant et pénible, lorsqu'elle n'était pas couchée sur le dos. J'appris de la garde qu'elle avait de la difficulté à uriner et qu'elle n'y parvenait qu'après beaucoup d'efforts. Je pratiquai l'explora-

tion et je reconnus que le col utérin, placé tout près de l'orifice externe du vagin, exerçait une pression sur le col de la vessie et s'opposait à l'écoulement de l'urine. J'engageai la dame à relever avec les doigts la matrice, quand elle voudrait uriner. Elle y réussit en partie; mais en plusieurs occasions, je fus obligé de faire cette opération pour elle et de pratiquer même le cathétérisme. Il y avait tension et mollesse dans le vagin. Quinze jours après, la malade fut saisie d'une affection douloureuse à la tête, qui la retint au lit pendant six semaines : long-temps avant l'expiration de ce temps, la pesanteur que la malade avait ressentie dans les parties naturelles, avait cessé. Il n'y avait plus également de difficulté pour uriner. Depuis son rétablissement, elle a fait de longues courses, et la maladie n'a point reparu.

L'observation suivante diffère de celles que nous venons de rapporter; car elle est un exemple de ce déplacement qui constitue la hernie de la vessie.

VIIe Obs. — Mme K***, âgée de 23 ans, douée en apparence d'une bonne santé, était au deuxième mois de sa seconde grossesse. Elle me rapporta que, depuis quatre mois, elle avait découvert dans la lèvre droite une tumeur molle, de la grosseur d'un petit œuf. Elle nourrissait alors son enfant qui avait dix mois. Elle me dit que la tumeur apparaissait le matin, à son lever, disparaissait aussitôt qu'elle était couchée, et que son volume diminuait dès qu'elle avait uriné. A l'exploration, je découvris une tumeur molle et élastique, occupant le centre de la lèvre droite. La pression la faisait presque disparaître et au même instant provoquait l'envie d'uriner. J'ai pu suivre aisément, derrière la paroi du vagin, la ligne de descente de la vessie; car cette tumeur était évidemment produite par cet organe. Il n'y avait aucun symptôme urgent; la malade n'éprouvait qu'une envie plus fréquente d'uriner, accompagnée de pesanteur vers les reins. Sous d'autres rapports, la santé était bonne et la patiente pouvait faire de longues courses sans fatigue. Après avoir réduit la tumeur, j'appliquai un pessaire qui apporta, pendant un certain temps, du soulagement; mais la vessie s'engagea au-delà du pessaire, des accidens survinrent et ne permirent plus l'usage de cet instrument. J'employai alors une éponge taillée, dans le but d'empêcher la vessie de descendre dans la lèvre. J'y parvins, car la tumeur n'était plus sentie dans le même lieu, elle était située plus haut sur le vagin. Depuis cette époque, Mme K*** est accouchée de deux enfans. La hernie disparut, soit par l'emploi continuel de l'éponge, soit par le développement de la grossesse. L'exploration que j'ai faite avec soin, dans le travail de l'accouchement, ne me fit rien découvrir d'extraordinaire dans le vagin. Depuis deux ans, rien n'a reparu, et cette femme est entièrement affranchie de ce déplacement de la vessie.

La dernière observation que je vais donner est un exemple de simple prolapsus de la vessie.

Dans la soirée du 25 novembre 1833, je fus appelé en consultation, par un de mes confrères, pour un accouchement pénible; je rencontrai une large tumeur située immédiatement derrière l'arcade des pubis. A la compression que j'exerçai sur elle, je vis jaillir de l'urine du méat urinaire. Plus loin on sentait un sillon profond et la lèvre du col utérin dilaté. Le cathéter fut introduit, et après l'évacuation de l'urine, la tumeur disparut tout-à-fait. Il est inutile de détailler la marche et la terminaison du travail; il suffit seulement de dire que nous rencontrâmes sur les côtés de la tête une anse du cordon ombilical flétri et sans pulsation, et que la délivrance fut opérée, non sans peine, au moyen du perforateur et du forceps crâniotôme. A la suite d'un travail, dont toutes les difficultés tenaient à un vice de conformation du bassin, la femme fut obligée de garder le lit au-delà d'un mois. A la fin du second mois, elle commença, quoique faible, à se livrer à ses occupations ordinaires. A cette époque, j'explorai avec soin le vagin, pour m'assurer de la situation de la vessie. Il n'offrait rien d'extraordinaire qui pût nous indiquer que la vessie était plus abaissée que dans l'état normal. Aujourd'hui, 20 février, la patiente n'éprouve aucun symptôme du prolapsus de la vessie. Elle jouit d'une bonne santé et ne se plaint que de la faiblesse.

Sur l'hydrocèle chez la femme; par GEORGES REGNOLI, *professeur de clinique médicale à l'Université de Pise* (1).

C'est aux médecins italiens de nos jours qu'on doit d'avoir particulièrement appelé l'attention des praticiens sur l'hydrocèle chez la femme. Bertrandi, Monteggia, Scarpa, Palletta et Sacchi ont fait des travaux intéressans sur cette maladie, mais ils n'ont pas été parfaitement d'accord sur son siège précis et sur les parties où elle se développe primitivement.

Le mémoire de M. Regnoli, quoique fait suivant les idées et les observations de ces chirurgiens, offre néanmoins une nouvelle et intéressante division des variétés de cette rare maladie, une description plus claire et plus précise de ses symptômes, et des idées plus justes sur son siége et son diagnostic.

Après avoir exposé quelques considérations anatomiques sur le ligament rond de la matrice, sur l'anneau inguinal et sur les kystes séreux, l'auteur s'exprime de la manière suivante :

L'hydrocèle du ligament rond est une maladie rare; nous trouvons dans les ouvrages d'Actius une observation tirée des écrits de la sage-femme Aspasie, dans laquelle on trouve décrits les symptômes de cette hydrocèle, et les signes propres à la faire distinguer des autres maladies des parties génitales de la femme. Paré, long-temps après, a parlé d'une accumulation séreuse observée par lui chez une petite fille âgée de sept ans environ, pour laquelle, ayant envain tenté l'usage des résolutifs, il s'est décidé à faire sortir le liquide et extirper le kyste.

Desault, dans son *Journal de chirurgie*, rapporte qu'il a observé chez une petite fille âgée de douze ans une ancienne tumeur molle, transparente, de la grosseur d'un œuf de poule, placée sur le ligament rond, et que, cette tumeur

---

(1) *Interno l'idrocele delle donne.* Pise, 1832, in-8°, 31 p., fig. — Extrait par M. Furnari, D. M.

aqueuse ayant été ouverte, il en est sorti deux ou trois onces de sérosité limpide. Dans le tome troisième des *Mémoires de la Société d'Emulation de Paris*, le professeur Lallement rapporte qu'une femme portait deux hernies inguinales qui descendaient jusqu'aux grandes lèvres, molles, complétement réductibles, et qui reparaissaient quand on cessait la compression. Mais du côté gauche les parties restaient contenues mieux que du côté droit, d'où elles sortaient comme un fluide. Ce signe et la fluctuation firent juger à M. Lallement que la tumeur gauche était une hydatide. La malade étant morte quelques temps après à la suite d'une affection scorbutique, M. Lallement trouva dans le côté droit un sac qui contenait une anse de l'intestin iléum, et dans le gauche un kyste divisé en deux parties, une externe, l'autre interne, séparées par un rétrécissement. Le fond de la portion interne s'élevait au-delà du niveau du détroit supérieur du petit bassin. Les parois du kysté étaient minces au-dedans et considérablement denses au-dehors, d'où venait l'opacité de la tumeur et l'obscurité du diagnostic.

On ne savait rien de plus que ce qui précède sur l'hydrocèle du ligament rond, quand MM. Palletta et Scarpa s'occupèrent de cette maladie. Le premier dans un mémoire intéressant inséré dans les *Actes de l'Institut italien*, tome 1er, p. 101, rapporte qu'il en a observé deux cas, et il s'exprime ainsi : « Dans les fœtus de sexe féminin, quelle que soit l'époque à laquelle on les observe, on trouve que le prolongement du péritoine est constamment en dehors de l'anneau abdominal, contrairement à ce qui arrive dans le fœtus mâle ; et que le cordon vasculaire, ou rond, après être passé en arrière de ce prolongement, se répand dans le tissu cellulaire du pubis. Ce prolongement se maintient creux et ouvert du côté du bas-ventre dans les fœtus du sexe féminin, sans rien contenir, et sans jamais recevoir aucun organe important. » Mais nous dirons que si l'ouverture abdominale du canal de Nuck était assez ample pour permettre d'introduire l'extrémité d'un doigt, elle pourrait permettre la sortie d'un viscère, et former une hernie que l'on pourrait nommer congénitale, semblable, sous beaucoup de rapports, à la hernie congénitale chez les enfans du sexe mâle, surtout à cette variété décrite par M. Dupuytren, dans laquelle le testicule reste dans l'anneau ou dans le canal inguinal, pendant que la tunique vaginale est poussée en bas par une anse d'intestin, seule ou unie à une certaine quantité de sérosité.

« L'orifice qui se trouve du côté de la cavité du bas-ventre se ferme peu-à peu, après que le fœtus a vu la lumière; mais quand cet orifice se ferme, toute la cavité s'oblitère également, et devient semblable à un ligament. »

Nous ne devons pas croire que tout le canal de Nuck se réduise à un ligament, comme le pense Palletta ; mais nous avons dit ailleurs que l'orifice qui regarde la cavité de l'abdomen peut s'oblitérer sans que la portion du prolongement péritonéal qui se trouve le long du ligament rond se ferme ; dans quelques cas il n'existe ni canal de Nuck, ni filament blanchâtre, parce que le péritoine ne fait que passer sur l'ouverture du canal inguinal.

« Il est possible que, dans la cavité de ce prolongement, il descende de l'abdomen une humeur aqueuse, comme dans les enfans mâles, avant que cette cavité s'oblitère ; mais il n'est pas à ma connaissance qu'elle ait jamais présenté chez les petites filles un caractère ou espèce de cette maladie qu'on appelle hydrocèle dans le sexe masculin. »

En faisant abstraction de l'absence du testicule, je ne saurais trouver d'autre différence entre l'hydrocèle congénitale chez l'enfant mâle, et la tumeur aqueuse renfermée dans le petit canal de Nuck qui communique toujours avec la cavité abdominal. En effet, la tumeur, dans l'un et l'autre cas, a les mêmes rapports avec l'artère épigastrique; la sérosité est contenue dans un appendice du péritoine qui communique toujours avec le grand sac séreux : les tumeurs peuvent avoir la même forme, les mêmes symptômes ; elles sont également recouvertes par le tégument commun, par le tissu cellulaire, et par le *fascia superficialis*. L'analogie est encore plus grande, quand on considère qu'il y a, comme l'a observé M. Dupuytren, des hydrocèles congénitales avec le testicule dans le bas-ventre La différence qui existe entre l'une et l'autre, c'est que l'hydrocèle du ligament rond a une enveloppe fournie par le *fascia transversalis*, tandis que l'hydrocèle du mâle ne l'a pas ; cette dernière manque aussi de crémaster, le testicule n'ayant pas parcouru le canal inguinal, et le cordon spermatique n'étant pas encore dans le canal.

« Il m'est arrivé d'observer l'hydrocèle chez deux femmes adultes, dans lesquelles elle occupait précisément l'endroit de l'aine où s'étale le ligament rond. En 1794, j'ai été appelé à visiter une folle, laquelle avait une grosseur à l'aine gauche, et quoique il n'y eût pas de signes qui indiquassent le déplacement de l'intestin, on avait cru qu'elle avait une hernie. La tumeur était de figure ovale, presque sans douleur, distendue comme une vessie posée obliquement sur l'aine gauche, et venait se terminer sur la lèvre correspondante. On m'avait raconté que quelques mois avant on avait observé une tumeur de la grosseur d'une petite noisette ; que cette tumeur avait disparu par la pression, et que pour cette raison on avait cru avoir à faire à une hernie. »

Ces dernières circonstances font croire que cette tumeur était très-probablement une hydrocèle du prolongement du péritoine, hydrocèle qui conservait toujours, quoique la femme fût adulte, une communication avec la cavité péritonéale. Nous verrons que, même chez la femme, on peut observer de véritables hydrocèles enkystées, semblables à celles du cordon spermatique.

« Après avoir obtenu ces renseignemens, qui ne m'éclairaient pas entièrement sur la nature de cette tumeur, j'ai coupé les tégumens comme on fait pour la hernie, et il s'est écoulé aussitôt une grande quantité d'eau jaunâtre ; il ne restait pas autre chose qu'un sac vide un peu rugueux. Avec le doigt il m'a été facile de trouver l'orifice du sac à travers l'anneau abdominal, qui était dilaté de manière que si j'avais poussé le doigt il serait passé dans la cavité du bas-ventre. J'ai rempli le sac de charpie que j'ai maintenue à l'aide d'un bandage, et la suppuration s'étant établie, la guérison de la plaie ne s'est pas fait attendre, la maladie n'a pas reparu. »

Je ne voudrais pas suivre ce conseil, précisément par la considération que dans les cas d'accumulation séreuse dans le petit canal de Nuck, toujours ouvert, et communiquant avec l'abdomen, en faisant une incision sur la tumeur et en ouvrant le canal, on fait une blessure pénétrante dans la ca-

vité de l'abdomen, et que l'opération exécutée par Palletta, dans le traitement de l'hydrocèle dont il s'agit, est semblable à celle qu'on pratique pour guérir radicalement la hernie scrotale libre; or, cette opération, qui peut produire une péritonite, n'empêche pas toujours de reparaître. Pour établir la justesse de ma réflexion, il suffit de dire que l'hydrocèle n'est pas accompagnée de danger, et qu'au contraire l'opération peut compromettre la vie. Dans de semblables congestions séreuses, il est plus convenable de traiter la femme de la même manière que pour l'hydrocèle congénitale de l'homme, c'est-à-dire, en poussant le contenu de la tumeur dans l'abdomen pour le faire absorber par les lymphatiques, en appliquant ensuite aux aines un bandage pour empêcher le liquide de descendre de nouveau, et pour oblitérer le prolongement du péritoine en excitant une inflammation adhésive qui quelquefois se développe à la suite de la pression du bandage.

« L'autre hydrocèle que j'ai observée avait presque le volume d'un poing; elle avait son siége sur la lèvre gauche de la vulve, chez une femme âgée de 45 ans. Cette tumeur a augmenté lentement à la suite d'une fièvre aiguë. Les signes existans ne suffisaient pas pour éclairer le chirurgien. Si cette tumeur était véritablement une hydrocèle ou un stéatome, c'est ce qu'on ne pouvait décider, attendu l'épaisseur du kyste. Néanmoins après avoir percuté la tumeur, je me suis déterminé à l'ouvrir dans la direction de sa longueur, et il est sorti beaucoup de sérosité : il est resté une cavité formée par une membrane dense. Pour empêcher une nouvelle accumulation de sérosité, j'ai séparé complétement cette membrane, je l'ai coupée vers l'anneau inguinal. Il y avait dans cet endroit un tubercule dur et résistant qui fut en partie compris dans la section, et dont l'excision causa beaucoup de douleur. Je vis bientôt que c'était l'extrémité du cordon vasculaire qui avait été coupée; car d'un côté elle laissait libre l'ouverture de l'anneau abdominal, où l'on pouvait introduire l'extrémité du doigt. Du reste, il n'est survenu aucune hémorrhagie, mais les jours suivans la femme fut souvent tourmentée de vomissemens. Un engorgement douloureux se manifesta à l'aine, et à l'extrémité coupée du cordon rond il se forma un gonflement en manière de nœud. Mais tous ces symptômes disparurent quand la suppuration s'établit; cette suppuration fut longue : cependant la guérison a été parfaite. »

Cette deuxième observation de Palletta fait voir que le cas était différent du précédent, puisqu'il n'y avait aucun symptôme de hernie. On voit que le prolongement péritonéal était oblitéré dans son orifice abdominal, et que probablement l'eau était contenue dans ce sac devenu sans ouverture, ou dans un kyste du tissu cellulaire qui entourne le ligament rond. La conduite de l'auteur est très-bonne et devrait être suivie dans des cas semblables.

Scarpa, dans son Mémoire sur l'hydrocèle du cordon spermatique (*Opuscoli di chirurg.*, vol. I.er), démontre, 1°. que la sérosité peut se trouver répandue, comme pour l'œdème, dans le tissu cellulaire qui s'étend de la face externe du grand sac du péritoine jusqu'à l'insertion du testicule, et cet œdème transforme en vésicules tout le tissu cellulaire indiqué, ce qui augmente le volume du cordon vasculaire. 2°. Que dans quelque cas la sérosité peut s'arrêter dans un petit nombre de cellules du tissu cellulaire environnant, et être renfermée plus fortement par une capsule membraneuse, dense et compacte, semblable à celle des tumeurs enkystées. C'est à propos de cette dernière accumulation que ce chirurgien s'exprime de cette manière pour ce qui regarde les hydrocèles enkystées du cordon spermatique : « Il faut d'abord observer que cette tumeur aqueuse n'a pas son origine seulement dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, mais aussi chez les femmes dans cette enveloppe celluleuse qui environne le ligament rond de l'utérus, et l'accompagne au-dehors de l'anneau abdominal dans l'aine et dans les parties génitales externes, ou bien naît dans la même enveloppe celluleuse qui autrefois, quoique mal à propos, était appelée le petit canal de Nuck. »

Il est clair que Scarpa a connu parfaitement l'hydrocèle des femmes; mais si l'on réfléchit à tout ce que nous avons dit, il me semble qu'il n'en admet qu'une seule forme, c'est-à-dire, celle qui ne communique pas avec l'abdomen, et qui est contenue dans le petit canal de Nuck transformé en tissu cellulaire. Quoique cette variété soit la plus commune, néanmoins l'opinion de Scarpa est réfutée par la première observation de Palletta. Il est singulier de voir ces deux médecins parler d'une seule variété d'hydrocèle l'une opposée à l'autre. Une observation rapportée à la page 152 des Mémoires cités, met hors de doute la justesse de la manière de voir du professeur de Pavie. Il s'agit d'une hydrocèle qui s'est présentée à M. Cairoli, chez une villageoise âgée de 34 ans. La tumeur datait de quinze ans, et avait augmenté lentement jusqu'à égaler la tête d'un fœtus de neuf mois, c'est-à-dire de la circonférence de 14 pouces; elle était souple, élastique, indolente en tous les endroits, et en outre transparente à la lumière d'une chandelle. La tumeur avait la figure d'une poire munie d'un pédoncule d'un pouce de grosseur, implanté à l'extrémité de la lèvre gauche de la vulve. On en fit la section tout près de l'anneau inguinal, en conservant beaucoup de tégumens communs pour rapprocher les lèvres de la plaie, qui se cicatrisa en peu de temps. La sérosité contenue dans la tumeur était du poids de 43 onces. Le kyste séreux était distinct, et pouvait être facilement séparé des tégumens communs, en partant du pédoncule et descendant au-delà de la moitié de la grosse tumeur qui couvrait la vulve, et pendait entre les cuisses. Dans le reste de son étendue, et précisément au fond de la tumeur, le kyste était adhérent aux tégumens qui étaient couverts çà et là par des veines varqueuses, et excoriés quelque peu dans la partie postérieure par l'urine qui tombait dessus.

Outre les réflexions que nous avons faites à l'occasion de l'observation de Cairoli, nous dirons que, quoique la maladie fût une accumulation de sérosité dans l'aine, on put douter qu'elle fût renfermée réellement dans le tissu cellulaire appelé le petit canal de Nuck par Scarpa, ou dans le tissu cellulaire qui environne la patte-d'oie. Du reste, cette accumulation était tout-à-fait en dehors de l'aine, parce qu'on ne parle pas d'une dilatation du canal intestinal, ce qui aurait dû arriver probablement si la sérosité eût été renfermée dans le lieu indiqué par Scarpa.

Nous croyons, après tout ce qu'a démontré l'observation, et pour rendre plus intelligible ce qui regarde l'hydrocèle

des femmes, devoir en distinguer cinq variétés : 1°. quand la sérosité est épanchée dans le tissu cellulaire qui environne les parties qui forment le ligament rond ; 2°. quand elle se trouve dans le prolongement péritonéal qui communique toujours avec l'abdomen ; 3°. lorsqu'elle est renfermée dans le même prolongement ou canal de Nuck, qui ne communique plus avec le grand sac du péritoine ; 4° quand la sérosité est renfermée dans un kyste développé dans le tissu cellulaire environnant le ligament rond ou patte d'oie ; 5°. enfin quand un ancien sac herniaire s'est oblitéré à son col par la pression d'un bandage appliqué sur la région inguinale.

Ire *Variété.* — Le tissu cellulaire, comme nous avons dit ailleurs, peut se transformer en membrane séreuse, et ses cellules peuvent contenir de la sérosité. Le tissu cellulaire qui environne le ligament rond n'est pas différent de celui qui entoure le cordon spermatique. Ce tissu, tant dans l'un que dans l'autre, est, en dehors du péritoine, extensible, lâche, comme le font voir les cas de hernies abdominales. D'après cela, il est facile de comprendre cette première variété de l'hydrocèle que nous nommerons hydrocèle par diffusion. Les plus anciens auteurs de chirurgie, par exemple : Leonide ; Paul d'Egine, Falloppio, ensuite Wisemann, Pott, et surtout Scarpa, ont eu des idées très-exactes sur l'hydrocèle diffus, ou œdème du cordon spermatique. Si jusqu'à cette époque il n'a été fait, que je sache, aucune mention de l'hydrocèle du ligament rond, cela tient sans doute à la rareté de cette maladie, rareté plus grande que celle de l'hydrocèle du cordon spermatique (je n'ai observé qu'un seul cas de cette dernière affection et dans le commencement de ma pratique); cela tient aussi peut-être à ce que le tissu cellulaire qui environne le ligament rond est en moindre quantité, à la difficulté du diagnostic, et au défaut d'attention qu'y ont apportée les malades, qu'elle incommode très-peu. Dans la jeune femme que j'ai opérée (1), quoiqu'il ne soit pas question d'hydrocèle diffuse jointe au kyste séreux, néanmoins il existait quelque accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire ; il y avait comme des vésicules ou hydatides séparées, distinctes du kyste principal dont la malade était affectée, comme nous le décrirons ci-après.

Cette maladie est symptomatique ou idiopathique, comme l'œdème du cordon spermatique. Nous nous occuperons de ce dernier cas, et nous dirons que, comme l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, l'eau se trouve dans les cellules du tissu qui environne le ligament rond, en occupant tantôt la longueur du ligament depuis le fond de l'utérus jusqu'à l'aine, et tantôt en s'étendant le long de la portion qui se trouve dans le canal inguinal. Cette maladie, tant qu'elle consiste dans une tumeur vésiculaire, n'est pas facile à reconnaître, et à distinguer d'un engorgement lent, inflammatoire, et surtout d'une hernie épiploïque, petite, adhérente, de celle dont parle Pipelet, où l'épiploon s'était transformé en hydatides (*Mém. de l'Acroy. de chir.*, t. III). Toutefois la présence d'une tumeur le long du ligament rond, tumeur qui s'est développée lentement, sans douleurs et sans symptômes inflammatoires, qui est molle et élastique : qui ne trouble pas les fonctions des intestins, qui enfin n'est pas arrivée à la suite des efforts respiratoires, et qui manque des signes ordinaires des hernies abdominales, suffirait sans doute pour signaler l'existence de l'hydrocèle en question. En outre, le diagnostic serait plus sûr, si comme cela a lieu, suivant Scarpa, dans les épanchemens anciens du cordon spermatique, une certaine quantité de sérosité avait distendu une cellule de manière à faire saillie dans la partie inférieure ou déclive du ligament rond. D'ailleurs une tumeur un peu prolongée, l'absence des symptômes inflammatoires, la mollesse et peut-être la fluctuation dans un endroit, seraient des signes moins équivoques de l'hydrocèle diffuse.

L'œdème du ligament rond ne peut constituer une maladie sérieuse, surtout quand elle est idiopathique et non symptomatique de quelque affection de la matrice. On peut la traiter, si elle est légère et bornée au tissu cellulaire qui entoure l'extrémité inférieure du ligament rond ou la patte-d'oie, par l'application de remèdes résolutifs. Dans quelques cas, une incision faite sur la tumeur qui se présente au-dehors de l'orifice externe de l'anneau inguinal, est le meilleur moyen à employer. Néanmoins, nous dirons que, Pott et Scarpa ayant vu des malades mourir à la suite de l'incision de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, nous devons craindre davantage cette opération, tant parce qu'elle peut être suivie de l'inflammation du péritoine, qu'à cause de la métrite, qui peut avoir lieu en raison des fibres qui s'étendent le long du ligament, comme nous avons dit. Il faut surtout craindre ces dangers chez les femmes qui ne sont pas bien portantes, qui sont cachectiques, et qui sont prédisposées aux inflammations abdominales.

IIe *Variété.* — Elle consiste en une accumulation de sérosité dans le prolongement péritonéal ou dans le canal de Nuck, qui communique toujours avec le grand sac du péritoine, de la même manière que l'hydrocèle congénitale dans le sexe masculin. En effet, comme celle-ci, elle peut être congénitale ou s'être développée quelque temps après la naissance. L'hydrocèle de cette nature devrait être plus fréquente que l'hydrocèle congénitale de l'homme, car nous savons, par l'anatomie, que l'ouverture du canal de Nuck reste quelquefois ouverte et communique avec l'abdomen, ce qui arrive rarement pour la tunique vaginale du testicule. Cependant il n'est pas à ma connaissance qu'elle ait été observée par d'autres que par Palletta, dans la femme folle sur laquelle, l'incision de la tumeur étant faite, on pouvait pousser le doigt dans l'abdomen.

Le diagnostic de cette maladie est facile. En effet l'apparition de la tumeur après la naissance, sa mollesse, sa disparition par la position horizontale ou sous la pression, sans gargouillement ; son retour dans la position verticale et sous les efforts expiratoires comme par ondées ; surtout sa transparence, sont des signes suffisans pour ne pas la confondre avec la hernie libre inguinale ordinaire, avec laquelle elle a

(1) Dans les considérations anatomico-pathologiques qui précèdent son Mémoire, l'auteur donne quelques détails sur une tumeur cystique développée après un accouchement laborieux, dans la paroi antérieure du vagin, et faisant saillie dans les grandes lèvres, ainsi que sur l'opération qu'il fit pour débarrasser la malade.

beaucoup d'analogie. Seulement, quand l'eau est en petite quantité, qu'on ne peut pas reconnaître sa transparence, et que la tumeur rentre et sort avec beaucoup de difficulté à cause de la presque oblitération de l'orifice abdominal, comme il m'est arrivé de l'observer deux fois dans des hydrocèles congénitales, sur des enfans reçus dans cette clinique, le diagnostic peut offrir de l'obscurité, et l'hydrocèle être confondue avec la hernie libre, ce qui n'aurait pas de graves inconvéniens. En effet le traitement de l'hydrocèle de cette nature doit consister, comme celui de la hernie, dans la rentrée de la tumeur dans le ventre et dans l'application d'un bandage. Ce traitement, quoique long et incertain, vaut mieux que l'incision du péritoine qui contient l'eau, car cette incision pourrait être suivie d'accidens inflammatoires, comme on l'a observé dans l'incision du sac herniaire pour le traitement radical.

IIIe *Variété.* — Elle est peu différente de la deuxième. L'eau est contenue dans le prolongement péritonéal qui ne communique plus avec le bas-ventre. La tumeur se présente dans le canal inguinal avec une forme alongée, molle, fluctuante; elle est précédée de quelque malaise ou douleur; elle ne rentre pas et n'est jamais rentrée dans l'abdomen. Pour cette raison on pourrait la confondre avec la hernie du cœcum, du colon, et surtout avec la cystocèle; mais l'absence d'accidens intestinaux, la mollesse extrême de la tumeur, sa fluctuation, et la transparence qu'on peut y constater, sont des indices qui empêcheront de prendre cette hydrocèle pour une hernie du cœcum ou du colon; quant à ce qui regarde la cystocèle, nous dirons que la tumeur, en rentrant sous la pression, excite le besoin d'uriner. Ces circonstances sont suffisantes pour faire distinguer la cystocèle de l'hydrocèle de la troisième variété, et principalement de la deuxième que déjà nous avons décrite. L'hydrocèle de la troisième variété doit être plus rare, parce que le prolongement péritonéal communique rarement avec l'abdomen. Sa présence ne cause pas de graves inconvéniens; seulement quand la tumeur prend un volume excessif, elle pourrait incommoder et donner quelque malaise.

Le traitement consiste, ou à activer le système absorbant, ou à former le canal de Nuck. La première indication est remplie à l'aide des astringens et des vésicatoires, et ce traitement peut être utile dans les hydrocèles récentes et peu volumineuses, et sur des sujets jeunes et d'une bonne santé. Du reste, le moyen le plus sûr est l'oblitération de la cavité, qu'on obtient par l'incision, la ponction, les injections, l'ablation d'une portion du sac et le séton, en un mot, par tous les agens qui sont capables d'enflammer et de faire changer la nature de la membrane séreuse. Nous croyons que dans la plus grande partie des cas, l'incision et l'introduction de la charpie dans la cavité de Nuck est le moyen qui convient le mieux. Ce procédé, quoique moins douloureux, ne doit être employé que dans les cas où la tumeur cause quelque inconvénient et menace de prendre promptement un grand volume, et qu'elle existe chez des personnes jouissant d'ailleurs d'un bonne santé. Nous ne devons pas nous étonner si, en incisant, dans cette opération, un prolongement du péritoine, on voit paraître des accidens inflammatoires. On doit donc essayer tout autre moyen peu violent, et on doit recourir à l'incision de la tumeur, dans le cas seulement où la maladie est compliquée de quelque grave incommodité.

IVe *Variétés.* — Le développement d'un kyste séreux, comme nous le voyons dans le cordon spermatique, doit également survenir dans le tissu cellulaire qui entoure le ligament rond. Cette variété de l'hydrocèle des femmes semble être la plus fréquente, et en effet les observations de Paré, Desault, Lallement, Palletta et Cairoli semblent des hydrocèles de cette nature. Cette accumulation séreuse se reconnaît à une tumeur qui se présente le plus souvent autour de l'ouverture externe du canal inguinal, sans envahir ce canal, ou qui s'y introduit plus ou moins en le dilatant. Cette tumeur est arrondie et ovale, molle, fluctuante; ses progrès ont été lents; elle n'est jamais rentrée dans l'abdomen, n'augmente pas par les efforts expiratoires, et enfin est transparente à la lumière de la chandelle. Cette hydrocèle ressemble à l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique, et quand le kyste se développe dans le tissu cellulaire qui est dans le canal inguinal, elle peut être confondue avec la troisième variété.

Selon la quantité de sérosité accumulée et l'ancienneté de la tumeur, on pourra employer l'incision, l'ablation partielle du kyste seul, suivant la méthode de Kinderwood, ou en enlevant en même temps une portion de la peau, suivant la méthode de Chopart, ainsi que les injections stimulantes. Mais l'incision et l'introduction de la charpie dans la cavité du kyste, dans le but de changer sa nature, suffiront dans la plus grande partie des cas.

Ve *Variété.* — On a bien peu d'exemples de cette variété: d'abord, parce que la hernie inguinale chez la femme est rare, et que la guérison de cette hernie par l'oblitération du col du sac herniaire à l'aide d'un bandage est plus rare encore. Cette hydrocèle peut-être reconnue, en ayant égard à la préexistence d'une hernie guérie avec le bandage; à l'apparition, après un certain temps, sans symptômes inflammatoires, d'une tumeur molle qui ne communique pas avec l'abdomen, et qui n'a pas de relation avec les changemens de position qu'éprouvent les organes contenus dans cette cavité; enfin à sa fluctuation et à sa transparence. Cette variété de l'hydrocèle peut-être également traitée comme l'hydrocèle enkystée, en donnant aussi dans ce cas la préférence à l'incision du kyste; mais dans des tumeurs volumineuses on peut employer un moyen plus doux, par exemple, les injections stimulantes.

Observation. — Ilaria, des Innocens, de Pise, âgée de 11 ans, de forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, vit, sans pouvoir l'attribuer à aucune cause, une tumeur à l'aine gauche, qui s'accrut très-vite sans douleur ni malaise. Elle entra dans la salle clinique de cet hôpital, dans la matinée du 17 juillet 1832. J'exposai aux jeunes étudians, que cette tumeur inguinale pouvait être une hernie, un abcès idiopathique, un abcès par congestion, une glande engorgée ou une tumeur enkystée. Pour bien établir le diagnostic, j'examinai les symptômes qui avaient précédés et ceux qui existaient. D'abord je me suis convaincu qu'elle n'était pas une hernie inguinale, en considérant que la tumeur avait paru sans violens efforts, qu'elle ne rentrait pas, et qu'elle n'était jamais rentrée dans l'abdomen (toutefois, comme je le fis remarquer, les hernies du cœcum,

du colon, de la vessie sont adhérentes et irréductibles); que son volume n'augmentait pas par le saut, par la marche et par la toux; enfin, en considérant que je n'ai pas senti de communication directe, sous les efforts expiratoires, entre la tumeur et les parties contenues dans le bas ventre. J'ai exclu l'idée d'un abcès idiopathique aigu ou chronique, parce que l'apparition de la tumeur avait eu lieu sans dureté antérieure ou engorgement, et sans une sensation douloureuse. L'absence de douleurs le long de la colonne vertébrale, aussi bien que vers le sac et les os des iles; la non-existence de la fièvre du soir, l'impossibilité de faire rentrer la tumeur, m'ont démontré que cette tumeur n'était pas un abcès symptomatique ou par congestion. La mollesse de la tumeur, son élasticité, son immobilité, son défaut de douleur sous la pression; l'extérieur de la malade, qui n'annonçait pas une constitution scrofuleuse; l'absence de plaies vers les extrémités inférieures ou vers les parties génitales, m'ont fait penser qu'elle n'était pas une glande engorgée. En portant mon attention sur l'apparition spontanée de la tumeur, sur son rapide développement (en vingt jours elle avait acquis le volume d'un œuf de poule), sur sa mollesse et son élasticité, sur sa figure alongée, sa situation entre le canal inguinal et la grande lèvre correspondante, et surtout sur sa transparence à la lumière de la chandelle, j'ai jugé, sans crainte de me tromper, qu'il y avait une tumeur enkystée séreuse, ou mieux une hydrocèle du ligament rond. Le liquide qui ne rentrait pas dans la cavité de l'abdomen, sous la pression la plus forte, la tumeur qui n'acquérait ni tension, ni volume par les efforts de la toux, et la bonne santé de la malade, m'ont démontré qu'il ne s'agissait pas d'épanchement dans le bas-ventre, entre le prolongement péritonéal, ou d'une hydrocèle congénitale: il m'a été difficile d'établir si cette sérosité était accumulée dans un kyste anormal ou dans le canal de Nuck ne communiquant plus avec la cavité du péritoine. Enfin, comme la petite fille n'avait jamais été affectée de hernie inguinale, j'ai exclu l'idée d'une hydrocèle d'un cas herniaire.

Ayant ainsi déterminé la nature de cette tumeur inguinale, je me décidai à agir directement par l'opération, comme on le fait pour les tumeurs enkystées en général. Dans la matinée du 19 juillet 1832, après avoir fait coucher la petite fille horizontalement et de la même manière que dans l'opération de la hernie, avec un bistouri convexe, je fis sur la partie moyenne de la tumeur une incision aussi longue que la tumeur même. D'abord j'intéressai seulement les tégumens et ensuite toutes les lames aponévrotiques qui couvraient le kyste, que je coupai avec des ciseaux les unes après les autres, en les soulevant à l'aide de pinces. Je continuai ainsi sans être gêné par l'écoulement sanguin, et arrivai à la face externe du sac, laquelle avait toute l'apparence de la face externe du péritoine. Alors je pris avec les pinces une portion du sac vers l'extrémité inférieure qui se trouvait au-dehors de l'ouverture inguinale externe; je la coupai et l'enlevai: il s'était écoulé trois à quatre onces d'un liquide limpide, inodore. M'appercevant que le reste du sac pouvait s'isoler avec facilité des parties voisines, j'en enlevai une partie en laissant seulement la portion qui était renfermée dans le canal inguinal et celle qui adhérait au ligament rond. Je fis observer aux élèves la facilité que j'avais à introduire dans l'ouverture inguinale externe et dans le canal l'extrémité de mon doigt index, et je signalai deux vésicules très-limpides, de la grosseur d'une noisette, que j'enlevai avec les ciseaux. Après avoir terminé ainsi cette simple et facile opération, j'introduisis de la charpie dans la plaie, dans le but de faire changer la nature de la portion de kyste restée et de prévenir une rechute; j'appliquai par dessus des compresses qui furent tenues en place au moyen d'un *spica*. La petite fille n'a pas donné signe de beaucoup de douleurs pendant l'opération qui a été très-courte. Je lui prescrivis l'immobilité du membre gauche avec la diète ordinaire aux opérés. Dans la première journée il ne survint aucun accident; mais dans la matinée suivante, il y eut des douleurs abdominales, de la constipation, de la tuméfaction du ventre, et de la fièvre. La partie opérée était très-peu douloureuse, même sous la pression; le ventre au contraire était douloureux. Ces accidens furent calmés par de légers purgatifs, des fomentations et des emplâtres émolliens; et le troisième jour de l'opération, le ventre était dans un état naturel. La plaie, qui suivit une marche régulière, était cicatrisée le 8 août, époque à laquelle la malade a quitté l'hôpital.

Gastro-entérite accompagnée de quelques symptômes tendant à faire croire à un empoisonnement par une quantité très minime d'arsenic.

M. M. s'amusait à empailler des oiseaux: après les avoir dépouillés, il conserva la chair pour la manger. Il enduisit les peaux de savon arsenical, dans lequel l'acide arsenieux entrait pour un huitième. Avant le repas, il lava ses mains. Trois personnes mangèrent de ces oiseaux sans en ressentir aucune incommodité. M. M... en mangea comme elles; il se rappelle avoir sucé l'extrémité de ses doigts. Il était cinq heures du soir, et jusqu'à trois heures du lendemain matin aucun accident ne se manifesta: à ce moment il fut réveillé par une violente douleur d'estomac qui s'accrut jusqu'à six heures, où les nausées apparurent et furent bientôt suivies d'efforts violens et multipliés de vomissemens, qui produisirent peu de liquide, et s'éteignirent bientôt malgré que le malade se sentît l'envie permanente de vomir: jusqu'à midi la gastralgie alla en augmentant et s'accompagna de coliques insupportables; le malade eut vingt-deux selles, toutes présentant des excrémens durs, noirs et nageant dans un liquide jaunâtre au commencement et rougeâtre à la fin, assez semblable à l'urine d'un fiévreux. A midi, les efforts de vomissement recommencent: en trois efforts il emplit aux deux tiers une large cuvette d'un liquide blanc grisâtre, équivalent à plus de trois fois ce qu'il avait bu d'eau tiède le matin. J'étais alors auprès de lui; j'ordonnai deux grains d'émétique dans un litre d'eau à prendre par verrées de demi-heure en demi-heure, et de l'eau tiède dans l'intervalle. Je fis prendre un lavement. Le pouls, qui était resté calme jusqu'à midi, commençait à devenir plus pressé; la bouche était mauvaise, la langue blanche et large, le ventre était dur et resserré; les douleurs d'estomac devenaient plus intenses, les coliques

redoublaient, des douleurs commençaient à se faire sentir aux reins et dans toutes les articulations qui craquaient à chaque mouvement; les pupilles étaient contractées, la peau sèche; le ténesme et les envies de vomir étaient permanens, et cependant le malade ne pouvait évacuer. J'ordonnai un bain. La prostration était telle que M. M..., jeune et fort qu'il était, ne put se soutenir jusqu'à la baignoire; le bain le soulagea un moment, mais après un quart d'heure il demanda son lit et tomba en syncope avant d'avoir pu y être déposé: il revint bientôt et éprouva un moment de calme: les nausées reparurent, et cette fois il vomit abondamment de cette même matière grise liquide; il put rendre ensuite de lavement qu'il avait pris. Après quelques minutes, tous les symptômes reparurent: gastralgie, coliques, crampes, douleurs des articulations; le pouls était petit et fréquent, le visage décomposé. J'ordonnai une once d'eau de chaux dans une infusion de tilleul; le malade éprouva un soulagement instantané; une heure après il sentit revenir ses douleurs. J'ordonnai encore une once d'eau de chaux à prendre en deux fois: le soulagement fut encore immédiat et plus durable; il y eut encore deux selles liquides et rougeâtres jusqu'à six heures du soir. Le ventre était moins contracté, quelques douleurs vagues s'y faisaient sentir, ainsi que dans les membres; l'eau de chaux fut achevée, et bientôt le sommeil vint mettre fin à tous les accidens. Le lendemain, 15 février 1834, M. M... se portait parfaitement bien.

La matière du premier vomissement spontané qui pouvait équivaloir à un litre et demi fut filtrée; une petite partie fut immédiatement essayée par l'acide hydrosulfurique; elle était incolore. Aucun précipité n'apparut; chauffée, elle ne se troubla et ne se colora point; l'addition d'un excès d'acide ne produisit rien (1). Le reste fut concentré par évaporation et réduit à deux ou trois cuillerées de liquide, filtré de nouveau et essayé suivant le même procédé, sans donner aucun résultat qui indiquât la présence de l'arsenic; et cependant l'acide hydrosulfurique peut constater l'existence d'un cent millième de grain de ce poison.

Paris, 16 février 1834.

JULES GUYOT, d.-m.-p.

(1) Il est à regretter que l'auteur n'ait pas jugé convenable d'ajouter après l'acide hydrosulfurique quelques gouttes d'acide hydrochlorique, qui auraient peut-être déterminé le précipité jaune (sulfure d'arsenic). L. L.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MAI 1834.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

De l'oxide blanc d'antimoine dans la pneumonie; par le Docteur FINAZ, *médecin inspecteur des eaux minérales de Charbonnière, près Lyon.*

Les poumons sont, sans contredit, ceux de tous nos organes qui sont le plus abondamment pourvus de vaisseaux sanguins. D'où il semblerait, au premier abord, que l'on devrait conclure, que les évacuations sanguines, tant générales que locales, sont le principal, sinon l'unique moyen, auquel on doit avoir recours dans les phlegmasies dont ils sont atteints. Cette conclusion est assez généralement juste au début de la maladie, dans les pneumonies ou pleuro-peripneumonies aiguës, et chez des sujets encore jeunes. Mais, dans les circonstances contraires, surtout lorsque la maladie continue à faire des progrès, quoique plusieurs jours se soient écoulés depuis son début, tous les bons praticiens ont senti l'insuffisance des saignées. De là, la nécessité de recourir à d'autres agens thérapeutiques. Un des plus actifs et dont l'expérience semble avoir le mieux confirmé l'efficacité, est le tartrite de postasse et d'antimoine, dont l'usage a été introduit en France par Laënnec. Mais l'emploi de ce médicament est loin d'être sans inconvénient. En effet, 1° souvent il n'est pas toléré; 2° lorsqu'il l'est, ce n'est que le second ou le troisième jour; 3° il fatigue beaucoup les malades, qui refusent quelquefois de le prendre, au moment même où il serait supporté, 4° il y aurait souvent danger à l'administrer à un malade affaibli par de nombreuses saignées, ou plusieurs jours de maladie; 5° enfin il est contr'indiqué toutes les fois qu'il y a irritation des voies digestives. Ce sont, sans doute, ces considérations qui ont porté M. le docteur Récamier à essayer si les autres préparations d'antimoine n'auraient pas la même efficacité que l'émétique dans les phlegmasies des organes thorachiques. Le résultat de ces expériences lui donna la conviction que l'*oxide blanc d'antimoine* avait tous les avantages du tartre stibié, sans avoir aucun de ses inconvéniens. Il publia sur ce sujet, en 1832, un mémoire, dont quelques journaux de médecine de la capitale, entre autres la *Revue médicale*, donnèrent des extraits. C'est après la lecture de ces extraits que je me décidai à employer la préparation antimoniale préconisée par M. Récamier. J'en obtins presque constamment les plus grands avantages; et je pourrais consigner ici un grand nombre d'observations à l'appui de cette assertion, si j'eusse conservé les notes nécessaires pour les rédiger avec précision. Mais je n'avais pas alors l'intention de les publier, et je n'ai été conduit à recueillir celles qui suivent, que dans le but de fixer l'attention des praticiens sur un médicament que je crois digne d'occuper une place distinguée dans la matière médicale.

1re *Observation*. André S., vieillard âgé de 78 ans, lymphatique, éprouva dans les premiers jours de novembre, des frissons suivis d'un malaise général, de toux et de dyspnée. On chercha, comme cela se pratique ordinairement à la campagne, à exciter la transpiration au moyen de boissons sudorifiques et toniques chaudes, entre autres le vin chaud sucré. Cette pratique ne fit qu'accroître le mal, et je fus appelé le 8 novembre, quatrième jour de la maladie. Le pouls était accéléré, 98 pulsations par minute, mais petit, la peau chaude, le visage rouge, la respiration difficile, et il existait un léger point de côté, au niveau de la cinquième côte du côté droit où la percussion faisait entendre un son mat. Toux sèche et fréquente, langue blanche, épaisse et humide. Prescription : boissons mucilagineuses, sirop de gomme, synapisme sur le point; puis ensuite cataplasmes émolliens, diète. 9 novembre, le point est plus douloureux, les crachats sont muqueux et mêlés et stries de sang. L'air ne pénètre pas dans le poumon droit, depuis le point jusqu'à sa base, du moins d'une manière appréciable par l'auscultation. A la partie supérieure du même poumon, le stéthoscope fait entendre un bruit semblable à celui d'un liquide épais en ébullition (respiration stertoreuse, râle muqueux). Il en est de même dans le poumon gauche, mais à un moindre degré. Prescription : 12 sangsues sur le point, looch blanc avec addition de deux onces d'eau de laitue et trente grains d'oxide blanc d'antimoine; pour le reste *id.* Dix nov. au matin, les piqûres des sangsues ont passablement saigné. Le point est moins douloureux, mais la faiblesse est très-grande, le pouls est très-petit, et bat 90 pulsations par minute : la toux est toujours fréquente, sèche et très-fatigante. Le looch étant arrivé très-tard, le malade n'en n'a pris encore que quelques cuillerées. Même prescript., moins les sangsues et le sinapisme. Le 11, septième jour de la maladie, le malade a pris le looch et la moitié d'un autre, environ 45 gr. d'oxide blanc d'antimoine. Sueur générale, chaleur douce, la respiration est plus libre, quoique le point se fasse toujours sentir, les crachats sont expectorés plus facilement et contiennent rarement des stries de sang, la faiblesse est toujours très-grande, et le pouls presque filiforme. Looch avec l'eau de laitue et 30 gr. d'oxide d'antimoine, un vésicatoire au bras, quelques cuillerées de bouillon. Le 12, la sueur continue, le malade a une selle (il n'en avait pas eu depuis trois jours).

Tous les symptômes sont améliorés. On continue encore l'usage de l'oxide blanc, pendant quelques jours; la maladie marche graduellement vers une terminaison heureuse, et la convalescence est beaucoup plus prompte qu'on n'aurait dû l'attendre d'un sujet pareil.

Dans la maladie dont on vient de lire l'observation, il eût été impossible d'insister sur les évacuations sanguines, l'état du malade ne le permettait pas. Les dérivatifs cutanés eussent-ils seuls procuré la guérison? j'en doute. Le tartre stibié n'aurait pu être administré sans danger à un sujet aussi faible.

IIe *Observation*. La femme F. de Lentilly, nerveuse et lympathique, âgée de 34 ans, enceinte de 6 mois, est atteinte presque subitement d'une pleuro-pneumonie aiguë le 20 nov. Je fus appelé le 22. Le pouls battait 110 fois par minute, la face était rouge, la respiration extrêmement difficile, et les crachats nuls. La malade ne pouvait rester couchée, parce que, disait-elle, elle étouffait. La toux qui était très-fréquente occasionnait des douleurs vives dans toute la poitrine, mais surtout du côté gauche, au-dessous du cœur. Prescription : boissons pectoro-mucilagineuses, sirop de gomme, sinapismes aux extrémités, saignée de douze à quatorze onces. La malade eut de la peine à se décider à la saignée qu'elle redoutait beaucoup, parce que la sage-femme du pays lui en avait pratiqué une, quelques jours auparavant, qui l'avait fatiguée, ce qu'elle attribuait à ce qu'il ne s'était pas écoulé assez de sang. Aussitôt que la saignée fut arrêtée, la malade éprouva une syncope incomplète, accompagnée de mouvemens convulsifs dans les membres, et d'une constriction spasmodique de la base de la poitrine. Ces accidens se dissipèrent peu à peu; mais dans la nuit, le resserrement de la base de la poitrine et la dyspnée furent tels, que l'on crut la malade perdue. Lorsque j'arrivai près d'elle, elle était presque asphyxiée. L'application répétée de sinapismes, des frictions sur toute la partie antérieure de la poitrine, avec l'éther camphré, une potion calmante où entrait l'éther et le sirop de morphine, dissipèrent les accidens nerveux, mais l'oppression, la toux, et les douleurs occasionnées par celle-ci, furent les mêmes pendant toute la journée du 23. Le 24, les accidens nerveux n'ont pas reparu; mais le pouls est toujours très-accéléré (105 pulsations), la respiration très difficile et précipitée. La douleur, au-dessous du cœur, est très-vive et pongitive, la langue est humide, mais rouge et pointue, l'épigastre légèrement sensible. Prescription : mêmes boissons, 12 sangsues sur le point, looch avec 30 gr. d'oxide blanc d'antimoine. Les piqûres des sangsues ont à peine coulé deux heures, que les mêmes phénomènes nerveux, produits par la saignée, se renouvellent. On se hâte d'étancher le sang; on a recours aux mêmes moyens que l'avant-veille, et les accidens n'eurent pas la même gravité que la première fois. Le 25, la malade a pris à peu près la moitié du looch. Une transpiration douce commence à s'établir, le point de côté est légèrement diminué, la langue et l'épigastre sont dans le même état. Tout les autres symptômes persistent. Mêmes prescript., moins les sangsues. On porte la dose d'oxide à 40 gr. Le 26, la malade a beaucoup transpiré, la peau continue à se recouvrir d'une sueur douce et halitueuse, le pouls est plus souple et moins accéléré (98 à 100 pulsations), le point se fait moins sentir, la respiration est moins gênée, quoique toujours précipitée. La langue n'est ni plus rouge ni moins humide, et l'épigastre n'est pas plus sensible; la toux, toujours fréquente, cause moins de douleur, et les crachats viennent plus facilement. Mêmes prescript., 45 gr. d'oxide blanc dans les 24 heures, cataplasme émollient arrosé d'huile de morphine sur le point. Le 27 et le 28, tous les symptômes diminuent d'intensité, il n'y a pas eu de selle depuis quatre jours. Lavement émollient qui procure une évacuation de matières bien moulées. Rien n'indique un surcroit d'excitation du côté de l'estomac. Le point a disparu, on cesse l'application des cataplasmes, on ne donne que 36 grains d'oxide. Le 29, coliques très-fortes, accompagnées de douleurs dans les lombes. La malade dit que les douleurs qu'elle éprouve ont beaucoup de rapport avec celles qu'elle ressentit dans un précédent accouchement. Craignant l'avortement, je m'assurai de l'état du col de la matrice. Il n'était point ouvert, et rien n'indiquait un accouchement prochain. Le ventre n'était pas douloureux à la pression, non plus que l'épigastre, et la langue était humide, et guère plus rouge que les jours précédens : néanmoins je fis suspendre la préparation antimoniale, et je prescrivis des lavemens avec le son et les têtes de pavots, fomentations *id.*, embrocations avec l'huile de morphine, et potion calmante avec le sirop de morphine. Le 30, les coliques se sont dissipées, la malade a un peu dormi, la respiration est plus gênée que le 28 (1), elle crache moins facilement, la peau est plus sèche et plus chaude, le pouls est accéléré; la malade éprouve un malaise général, et demande la *poudre blanche*, c'est ainsi qu'elle désigne l'oxide qu'on avait plusieurs fois incorporé devant elle dans le véhicule destiné à le recevoir. On y revient de nouveau à la dose de 36 gr. La sueur se rétablit, et dès ce jour la marche de la maladie vers la guérison fut rapide. On diminua peu à peu la dose de l'oxide minéral, et son administration ne fut plus suivie d'aucun accident.

La malade qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, se serait certainement refusé à l'emploi des évacuations sanguines, lors même que j'aurais voulu y avoir recours de nouveau. L'effet qu'elles produisirent fournit une nouvelle preuve des inconvéniens qu'elles ont dans beaucoup de maladies nerveuses. Très souvent alors elles augmentent les accidens. Les coliques qu'éprouva la malade furent-elles provoquées par la préparation d'antimoine? je ne le pense pas. La preuve, c'est qu'on put y revenir le lendemain, sans que les coliques revinssent. Celles-ci furent bien plutôt provoquées par la toux, chez une femme déjà avancée dans sa grossesse. L'innocuité de l'oxide d'antimoine est donc mise hors de doute, chez une malade très-nerveuse, faible, enceinte de six mois, et qui présentait quelques indices d'irritation de l'estomac. En eût-il été de même, si l'on avait employé le tartrite d'antimoine et de potasse? On a vu que les efforts de la toux amenèrent des symptômes d'avor-

(1) Il me fut impossible chez cette femme de faire usage du stéthoscope. Les mouvemens précipités des côtes et l'agitation de la malade, et l'impossibilité de lui faire garder une position convenable pendant un temps suffisant, rendirent toujours l'auscultation nulle.

tement. Certainement l'action du tartre émétique aurait eu des résultats plus graves encore, sans parler des autres accidens qu'il eût pu provoquer chez une femme dont la susceptibilité nerveuse était si grande.

IIIe *Observation*. Magdelaine D., âgée de 20 ans, d'un tempérament sanguin, fortement constituée, sentit à la suite d'une suppression de transpiration, des frissons, un brisement général des membres, suivies bientôt de toux, et de douleurs vagues dans diverses parties de la poitrine. On voulut la faire suer, et on employa pour cela du vin chaud sucré et des bouteilles d'eau bouillante autour du corps. On surchargea la malade de couvertures. Mais tous ces moyens ne réussirent qu'à augmenter la fièvre, sans rappeler la transpiration. Je fus appelé le 8 janvier, quatrième jour de la maladie. La malade était d'un rouge violet, le pouls plein, dur et très-accéléré, 120 pulsations et plus par minute, la peau était le siége d'une chaleur âcre, elle était très-sèche, la respiration très-gênée, le râle muqueux se faisait entendre sans le secours du stéthoscope, la toux était fréquente et très-fatigante, et les crachats mêlés de sang. La langue est large, couverte d'un enduit muqueux au milieu, très-rouge sur les bords, et sèche, dès que la malade reste quelques instans sans boire. L'épigastre est légèrement sensible à la pression. Toutes mes instances ne purent décider la malade à se laisser saigner. Je prescrivis des boissons pectorales édulcorées avec le sirop de mou de veau, et 40 gr. d'oxide d'antimoine délayés dans deux onces du même sirop, et 4 onces d'infusion de fleurs de mauve. Le 9, la malade n'a pris encore que quelques cuillerées du mélange : les symptômes sont les mêmes que la veille ; de plus, un point très-douloureux se fait sentir au niveau de la quatrième côte du côté droit. Dans cet endroit, le son de la poitrine est très-mat; du reste, nulle part elle n'est bien sonore, ce qui tient en partie à l'obésité du sujet. L'auscultation fait entendre au-dessous et au-dessus du point, le râle crépitant; et en haut du côté gauche, comme du côté droit, le râle muqueux. Au reste, les mouvemens très-forts du cœur, et l'embonpoint de la malade empêchent qu'on apprécie, d'une manière exacte, le mouvement respiratoire. Je décide, avec beaucoup de peine, la malade à appliquer quinze sangsues sur le point; de plus, cataplasme émollient sur les piqûres, mélange comme ci-dessus avec 50 gr. d'oxide d'antimoine, dont on doit commencer l'usage dès que le précédent aura été pris, c'est-à-dire le soir. Le 10, quatorze sangsues ont piqué : les piqûres n'ont presque pas saigné, la malade a pris depuis l'avant-veille environ 60 gr. d'oxide blanc d'antimoine. Elle a beaucoup transpiré, elle est toujours très-rouge et la peau est toujours chaude, mais la chaleur est douce et halitueuse, le pouls est toujours fort, mais plus souple, et il ne bat plus que 98 pulsations par minute. Du reste, même état, à peu près que les jours précédens, si ce n'est que le point est un peu diminué. Mêmes prescriptions. Un sinapisme sur le point de côté. Le 11, la transpiration continue, le point a presque entièrement disparu, la respiration est plus facile, quoique le râle muqueux se fasse toujours entendre. Les crachats ne contiennent presque plus de sang, mais ils ne sont pas épais. La langue et l'épigastre sont dans le même état que les premiers jours : rien n'a indiqué une excitation plus grande de l'estomac. La malade n'a pas eu de selles depuis quatre jours. Mêmes prescript. Lavement émollient. Le 12 et 13, rien de particulier : le lavement a fait rendre des matières moulées. On continue le même traitement, si ce n'est qu'on ne donne plus que 40 gr. d'oxide d'antimoine, dans les 24 heures. Sous l'influence de ce traitement, tous les symptômes s'amendent; les crachats restent muqueux, quoiqu'ils soient expectorés facilement. Ils ont été de la même nature jusqu'à la fin de la maladie. Le 14, la malade a eu des nausées, après avoir pris la préparation antimoniée, néanmoins la langue n'est ni plus rouge ni plus sèche, et l'épigastre n'est pas douloureux. Magdelaine Dorière ne se plaint pas que le médicament la fatigue, mais seulement qu'il la *dégoûte*. Du reste, elle est dans un état satisfaisant, et demande à manger. On donne moins d'oxide, et on éloigne les doses. Le 15, les nausées ont cessé, on diminue encore la quantité d'oxide d'antimoine; on le cesse deux jours plus tard, et la convalescence commence.

Trois choses sont à remarquer dans cette observation : 1° les évacuations sanguines ont été presque nulles. Aucun médicament actif, autre que l'oxide d'antimoine, n'a été employé. Celui-ci a donc seul ou presque seul amené la terminaison heureuse de la maladie; 2° les crachats ne sont points devenus épais, même à la fin de la maladie. C'est ce que j'ai observé plusieurs fois, même dans les cas les plus favorables, lorsque la transpiration était très-abondante; 3° enfin, la préparation antimoniée a occasionné des nausées, à la fin de la maladie; mais la langue n'est devenue ni plus rouge, ni plus sèche, et l'épigastre n'a pas été plus douloureux; il n'y a pas eu d'évacuations alvines. Je pense, d'après cela, que les nausées éprouvées par la malade doivent être plutôt attribuées à la répugnance qu'elle éprouvait pour un médicament dont elle usait depuis plusieurs jours, qu'à l'irritation de l'estomac.

Réflexions et conclusions.

1° Dans les observations que je viens de présenter, l'oxide blanc d'antimoine a été administré dans des cas où les évacuations sanguines avaient été très-modérées ou presque nulles. Mon but a été de faire remarquer qu'il pouvait (ainsi que l'a dit M. Récamier) réussir sans le secours de la saignée ou des sangsues; mais je ne veux pas conclure de là, qu'il faille abandonner celles-ci : au contraire, je crois qu'il est plus sûr de débuter par tirer du sang, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, et d'avoir ensuite recours à l'oxide d'antimoine : ces deux moyens d'ailleurs s'allient parfaitement. On peut les employer simultanément dès le début de la maladie : mais en général, il m'a semblé plus convenable de ne faire prendre l'antimoine qu'au deuxième ou troisième jour de la maladie. C'est surtout à la fin, lorsque celle-ci ne fait plus de progrès vers la guérison, quoique le pouls soit tombé, ainsi que chez les vieillards et chez les sujets lymphatiques, que ce médicament est avantageux.

2° On a toujours considéré l'antimoine comme *sudorifique*. L'une de ses préparatoins est connue sous le nom d'antimoine diaphorétique. M. Alibert les range dans la classe des médicamens qui agissent sur l'inhalation cutanée. Mais jamais cette propriété ne s'est manifestée d'une manière

aussi énergique, que dans la plupart des cas où j'ai administré l'oxide blanc. Je dis, *dans la plupart des cas*, parce qu'il est arrivé plusieurs fois que la transpiration n'a pas eu lieu, du moins d'une manière très-marquée, sans que pour cela les résultats eussent été moins avantageux.

3° Est-ce en dérivant sur la peau, que s'exerce l'action médicamenteuse de cet oxide? On ne peut pas l'affirmer d'une manière absolue, puisqu'il agit quelquefois, sans que cette dérivation ait lieu.

4° Dans la plupart des circonstances, où la maladie se termine favorablement, les crachats restent muqueux, et ne deviennent point épais. N'est-ce pas parce que la crise (qu'on me passe ce mot), se fait par les sueurs?

5° L'oxide blanc d'antimoine n'irrite pas, ou du moins n'excite que très-légèrement la muqueuse gastrique et intestinale, même porté à une dose assez forte. Un jeune homme sanguin fut atteint d'une pleuro-pneumonie intense. Après d'abondantes évacuations sanguines générales, et locales, j'employai l'oxide d'antimoine, quoique la langue fût assez rouge, et surtout sèche; mais l'épigastre était indolent. On avait confié à la garde, chargée d'administrer le médicament, trois prises de 25 gr. chaque, avec ordre d'en donner une toutes les 24 heures. Elle les fit prendre toutes trois, dans l'espace de 18 heures. Le malade, dont le pouls était presque normal, et qui était décoloré la veille, devint rouge, et sua abondamment; le pouls s'accéléra un peu, mail il resta souple; la chaleur de la peau fut douce et halitueuse. Il n'eut ni nausées, ni vomissemens, l'épigastre ne devint point douloureux, et la langue ne changea pas. Le malade n'eut de selles que le lendemain, après avoir pris un lavement émollient. Enfin, la marche de la convalescence ne fut ni entravée, ni retardée.

Je ne veux pas conclure de là, que l'on peut administrer l'oxide d'antimoine dans les pneumonies compliquées de gastrite, ou de gastro-entérite aiguë. Je crois au contraire que, jusqu'à de nouvelles expériences, il convient de s'en abstenir dans ces cas, jusqu'à ce qu'il ait fait disparaître l'inflammation de la muqueuse stomacale et intestinale.

6° L'oxide blanc d'antimoine ne se dissout pas dans les véhicules dans lesquels on l'incorpore; mais lorsqu'il est bien préparé (1), il s'y mêle facilement. On observera toutefois qu'il doit être bien exactement pulvérisé, et que, lorsqu'on l'administre dans un looch blanc ordinaire, celui-ci doit être étendu avec deux ou trois onces d'infusion de fleurs de mauve, ou tout autre véhicule; sans cela, le mélange serait trop épais; enfin il faut avoir soin d'agiter fortement le vase, qui contient le mélange; parce que l'oxide se précipite au fond, et adhère même aux parois. Ces légers détails ne sont pas sans influence sur le succès du médicament.

C'est d'après des observations assez nombreuses, eu égard au temps depuis lequel j'ai pu les recueillir, que j'ai rédigé cette notice, sur l'usage d'un agent thérapeutique qui, selon moi, sera une acquisition précieuse pour la matière médicale. Je n'ai voulu, au reste, ainsi que je l'ai dit en commençant, que rappeler l'attention des praticiens sur ce médicament, persuadé que de nouvelles expériences ne peuvent que lui être favorables (1).

FINAZ, D. M. P. médecin, inspecteur des eaux minérales de Charbonnière, près Lyon (Rhône.)

(1) Dans le principe, je me servais d'oxide d'antimoine, préparé par divers pharmaciens. Les effets qu'il produisait n'étaient pas toujours les mêmes. Je n'ai obtenu de succès constans, que lorsque je me suis servi de celui préparé par sublimation, par un pharmacien qui a donné à cette opération tous les soins convenables.

(1) Lorsque j'écrivais ces lignes, je ne savais pas encore que MM. les docteurs Récamier, Trousseau et Bonnet, d'après de nouveaux essais, avaient employé l'oxide blanc d'antimoine, à la dose de 2 à 3 gros dans les vingt-quatre heures, dans les pneumonies et les rhumatismes aigus; et cela avec le plus grand succès, et sans le secours des saignées générales ou locales. Au reste, plus les faits sont nombreux, plus les divers aspects sous lesquels ils sont envisagés diffèrent entre eux, plus ils sont instructifs et concluans. C'est pourquoi je laisse subsister ces notes telles qu'elles étaient avant que je connusse les dernières expériences de MM. Récamier, Trousseau et Bonnet.

Emploi de la digitale pourprée d'après la méthode iatraleptique; Par M. A. T. CHRESTIEN, D. M. P.

En publiant dans l'édition de 1811 (2), les succès obtenus non-seulement par lui, mais encore par MM. Cros, de Castres; Rogéry, de Saint-Geniez; Rouger, du Vigan; Durentis, de Saint-Jean-du-Breuil; Bernard, de Béziers; Blavet, de Monbazin; Roucher, de Montpellier et Archbold-Aspold, le docteur J. A. Chrestien fit observer qu'il n'avait pas la prétention de proposer la digitale, administrée par la méthode iatraleptique, comme étant d'un effet sûr. Il cita même quatre cas d'insuccès; mais il fit observer que, l'hydropisie étant une des maladies dont les causes sont les plus difficiles à déterminer, il reste à savoir si les insuccès doivent être attribués au moyen thérapeutique ou bien à l'inopportunité de son emploi. Vingt années d'expérience ajoutées à celle qu'il avait déjà, lui font adopter aujourd'hui la seconde de ces deux opinions.

Je pourrais donc ajouter aux treize observations, qu'a déjà publiées le docteur J. A. Chrestien, un grand nombre d'autres faits, qu'il a observés depuis lors: je pourrais même rapporter une centaine d'observations qui me sont propres; car j'ai soigné, soit dans nos nouvelles colonies d'Afrique soit dans les échelles du Levant, plus de deux cents hydropisies: celles que j'ai observées en Afrique étaient presque toutes consécutives à des phlegmasies abdominales; celles que j'ai observées dans le Levant étaient presque toutes consécutives à des fièvres intermittentes. Je pourrais encore rapprocher de tous ces faits quelques observations qui ont été consignées dans les différens journaux de médecine; mais à quoi

(2) Cet article est extrait d'une nouvelle édition dont s'occupe en ce moment le neveu du docteur Chrestien, et qui sera enrichie de toutes les acquisitions qu'a faites la matière médicale depuis 1811.

sert-il de mettre à la suite les uns des autres, une série de faits qui se ressemblent presque en tout point, et dont le résumé suffit à la science : Je me bornerai donc à rapporter les cinq observations suivantes, dont les unes prouvent évidemment les effets de la digitale, administrée par la méthode iatraleptique, puisque aucun autre moyen n'a été mis en usage, pour combattre l'hydropisie, et dont les autres prouvent l'avantage de combiner la méthode iatraleptique avec l'emploi des remèdes administrés à l'intérieur. Une d'entre elles démontre les avantages de la méthode iatraleptique qui permet souvent au malade de vaquer à ses occupations, et quelques autres font ressortir l'utilité de la méthode qui a reculé les limites de la thérapeutique, en offrant encore un espoir de salut à celui que l'état fâcheux des voies digestives semblerait condamner à une mort certaine.

Ire *Observation.* — François Feson, cultivateur domicilié dans un hameau voisin du Vigan, dans les Cévennes, consulta le docteur Rouger, dans les premiers jours de septembre 1800, pour une éruption dartreuse, qui se manifesta d'abord à la plante des pieds, et couvrit bientôt tout le corps. Un traitement approprié fit disparaître, au bout de quelques mois, l'éruption pour laquelle le docteur Rouger avait été consulté ; mais le malade observa que ses urines devenaient de jour en jour moins copieuses, et une hydropisie ascite, compliquée d'anasarque, ne tarda pas à se manifester. Le docteur Rouger essaya, mais en vain, de rappeler l'éruption dartreuse, et les remèdes qu'il mit en usage pour pousser aux urines ou pour obtenir la résorption de la sérosité épanchée, ne réussirent pas mieux. Le malade paraissait tendre à sa fin.

Au moment de tenter les mouchetures autour des malléoles, et d'en venir à la paracentèse, le docteur Rouger, ayant entendu parler des heureux succès que le docteur J. A. Chrestien obtenait journellement de l'emploi de la digitale en frictions, voulut essayer de ce moyen. Il fit piler de la digitale pourprée fraîche, avec du suc gastrique d'un chevreau, et fit faire des frictions sur l'abdomen avec cette préparation, qu'on employait non à grains, mais à poignée. Dès la quatrième friction, les urines coulèrent si abondamment que le malade, fatigué de se lever à tout instant, prit le parti de s'asseoir sur le bord du lit, de mettre les pieds sur des chaises, un chaudron à terre ; et par la grande quantité d'urine qu'il rendit, le volume du ventre fut considérablement diminué, dans la durée d'une nuit. Au bout de huit jours, les urines ayant continué d'être abondantes, on n'aperçut aucun reste d'ascite, d'infiltration, ni d'éruption dartreuse.

IIe *Observation.* — Le docteur J. A. Chrestien ayant été appelé auprès d'un enfant de cinq ans qui, encore convalescent d'une fièvre scarlatine, était allé jouer hors de la maison, par un temps humide et froid, et chez lequel une hydropisie ascite s'était manifestée, des frictions furent faites trois fois par jour sur le ventre et à la partie interne des cuisses, avec une demi-once de teinture de digitale. Au bout de trois jours, le libre cours des urines fut rétabli et l'épanchement diminué. Le dégoût se soutenant, et le sujet éprouvant de l'inquiétude, la langue étant sale et présentant de la rougeur et de la sécheresse dans la ligne médiane, des anthelmintiques furent administrés, et deux vers lombricaux furent rendus par le malade. Cet incident avait fait suspendre les frictions pendant deux jours, et cette courte suspension avait suffi pour rendre sensibles les progrès de l'épanchement. A peine furent-elles reprises, que le ventre diminua de volume, l'appétit revint, l'assoupissement n'eut plus lieu, et tous les symptômes disparurent après l'emploi de seize onces de teinture. L'usage en fut néanmoins continué pendant cinq à six jours, à deux frictions seulement par vingt-quatre heures.

IIIe *Observation.*—Je fus consulté, dans le mois d'octobre 1833, à Montpellier, par un porte-faix qui se plaignait d'inappétence et d'une lassitude générale qui lui rendait le travail pénible. Après l'avoir examiné et questionné attentivement, pour reconnaître la cause et la nature de son malaise j'appris qu'il urinait très-peu depuis quelque temps, et qu'il allait rarement à la selle ; mais cette dernière circonstance lui paraissait toute naturelle ; car, me dit-il, je ne mange presque pas : de plus, je reconnus un épanchement sensible dans le bas-ventre. Je conseillai à ce porte-faix, nommé Fulcrand, de se frictionner l'hypogastre et la partie interne des cuisses, trois fois par jour, avec une demi-once de teinture de digitale, et de diminuer notablement la quantité de vin et d'eau-de-vie, dont il faisait un usage quotidien. Au bout de quelques jours, je portait à deux onces la dose de teinture que Fulcrand employait dans vingt-quatre heures. La percussion m'annonçait chaque jour un peu de diminution dans le flot de liquide, et en quatorze jours, après avoir employé vingt onces de teinture de digitale, sans avoir discontinué de travailler et par suite d'entretenir l'aisance au sein de sa famille, Fulcrand a été parfaitement guéri.

IVe *Observation.* — Le docteur J. A. Chrestien ayant été appelé auprès d'un homme de la campagne, atteint d'une hydropisie générale si avancée, qu'il n'osa pas se fier à l'emploi de la teinture de digitale, prescrivit au malade d'avaler, chaque matin, à jeun, un verre de vin blanc, dans lequel on ferait préalablement infuser une forte quantité de seconde écorce de racine d'hièble, et de boire, dans le courant de la journée, une pinte d'eau, dans laquelle on aurait infusé, pendant vingt-quatre heures, une once de safran de mars apéritif et deux drachmes de rhubarbe. Cette prescription, dont le docteur J. A. Chrestien avait obtenu des résultats avantageux dans des cas pareils à celui-ci, fut suivie pendant dix jours sans procurer aucun soulagement au malade. Les frictions, avec la teinture de digitale, furent associées aux moyens thérapeutiques sus-mentionnés, et peu de jours après leur emploi, les selles et les urines surtout furent très-abondantes ; la respiration devint parfaitement libre, le volume du ventre se réduisit de moitié ; l'enflure du scrotum et l'œdème des extrémités inférieures diminuèrent sensiblement. Le docteur J. A. Chrestien, voulant s'assurer si c'était à la teinture de digitale qu'il devait attribuer l'état satisfaisant du malade, suspendit les deux autres moyens thérapeutiques ; mais l'hydropisie ayant fait de nouveaux progrès au bout de huit jours, l'infusion de rhubarbe et de safran de mars apéritif fut reprise : l'hydropisie ne continua pas ses progrès, mais elle ne diminua que lorsque le malade eut repris l'usage du vin blanc médicamenteux ; et ce ne fut que par la combinaison de ces trois moyens qui furent

continués pendant quatre mois, avec quelque progression dans les doses, que le malade fut entièrement guéri.

Ve *Observation.* — Marie-Élisabeth Defournoux qui éprouvait, dès l'année 1827, de la toux et de la dyspnée, fut, en 1831, sous l'influence d'une seconde grossesse, reconnue hydropique. Différens moyens thérapeutiques furent employés sans succès jusqu'à l'époque de l'accouchement. Quelques jours après celui-ci, les symptômes prenant un nouveau degré d'intensité, le docteur Rouzel résolut d'administrer la digitale pourprée à l'intérieur et à l'extérieur. Il prit un demi-gros de poudre de digitale combinée avec pareille dose d'assa-fœtida, et il en composa trente-six pilules. Il mit en même temps à infuser une demi-once de digitale en poudre, dans une chopine d'alcool.

Le 7 et le 8 octobre 1831, la malade prit deux de ces pilules, une le matin, à jeun, et l'autre le soir.

Le 9, Élisabeth Defournoux qui, auparavant rendait à peine un verre d'urine, toutes les vingt-quatre heures, eut trois ou quatre émissions d'urines abondantes et faciles. Le même jour, des frictions furent faites avec la teinture de digitale, et le lendemain, l'excrétion des urines fut si abondante qu'elle se renouvelait toutes les heures.

L'emploi de la digitale à l'intérieur et à l'extérieur fut continué à peu-près de la même manière jusqu'à la fin du mois, et, sous son influence, tous les symptômes s'amendèrent; le sommeil que la malade avait perdu, se rétablit; l'appétit devint meilleur qu'il n'avait été depuis plusieurs années, et la malade, qui est buraliste, se livra dès le 5 novembre, à ses petits exercices.

Si je rapporte ici cette observation qui a été communiquée à la *Société de médecine de Paris* et qui a été imprimée par sa décision, dans les *Transactions médicales* (1), ce n'est pas que son importance ressorte à mes yeux, comme à ceux du docteur Rouzel, de ce que la digitale a fait tous les frais de la guérison. Ce fait n'est pas nouveau pour moi; mais le motif qui me fait reproduire cette observation du docteur Rouzel, c'est que, lorsqu'on a apprécié au sein de la *Société de médecine de Paris*, l'action de la digitale, l'on ait fait attention aux faibles doses auxquelles on avait administré cette substance, sans prendre en considération la double voie par laquelle elle avait été introduite dans l'économie. L'indifférence qu'apportent encore quelques médecins à l'action iatraleptique des médicamens, est vraiment inconvenable, aujourd'hui surtout que l'anatomie et la physiologie occupent tant les esprits.

Les premiers essais sur les propriétés de la digitale pourprée, administrée en frictions, dans l'hydropisie, furent faits, comme on l'a vu, suivant la méthode de Brera, dont les observations auraient encore pu être ajoutées aux nôtres, si nous eussions attaché de l'importance au nombre; cette méthode consiste à faire macérer la poudre de digitale, dans un peu de salive, et à en frictionner l'abdomen plusieurs fois par jour. Mais les avantages que le docteur J.-A. Chrestien avait retirés de l'usage, à l'extérieur, de l'alcool chargé du principe médicamenteux des différens végétaux, lui firent penser que la teinture de digitale pourrait lui être tout aussi utile : elle lui présentait en outre plus de facilité dans le mode d'administrer (2).

Tout en reconnaissant l'utilité de la digitale pourprée dans le traitement de différens cas d'hydropisie, l'auteur de la méthode iatraleptique n'a pas partagé l'enthousiasme de quelques médecins qui ont employé la digitale dans le traitement de presque toutes les maladies. En effet, bien que la matière médicale n'ait en quelque sorte fait l'acquisition de cette plante que vers la fin du siècle dernier, la digitale pourprée jouit déjà de la plus grande célébrité. Withering, Darwin et Baker ont les premiers rassemblé quelques faits sur l'utilité de la digitale dans la phthisie. Fowler, Mosman, Kinglake, Magennis, Ségaud et autres, citent des cures nombreuses opérées à l'aide de cette plante. Drake prétend avoir guéri radicalement des phthisies pulmonaires, avec expectoration purulente; et Bedeoës dit qu'on peut se flatter, depuis l'acquisition de la digitale, de posséder un spécifique de la phthisie aussi puissant que le quinquina dans les fièvres intermittentes, et le mercure dans la syphilis. Mayer, Hufeland, Pankwil, assurent que la digitale possède une efficacité prodigieuse contre les scrophules. Withering, Parkinson, Kinglake, l'ont conseillée dans le traitement de l'épilepsie; Jones et Currie, dans celui de la manie. Le docteur Masson-Cox, médecin d'un hôpital d'aliénés, a avancé qu'aucune aliénation mentale ne devait être réputée incurable, tant que l'on n'avait pas administré la digitale à une dose convenable. Cluttenburk dit l'avoir administrée avec succès dans plusieurs cas de typhus. Les docteurs Guirard et Graffemaner la recommandent dans le traitement des fièvres intermittentes. Marc-Lean vante la teinture de digitale, à fortes doses, dans les rougeoles graves, accompagnées de fièvre intense, d'une toux vive et fréquente, d'une respiration difficile et laborieuse. Thorton dit l'avoir trouvée très-efficace, dans la scarlatine. Custance l'a proposée dans le traitement du croup, et prétend en avoir obtenu des résultats heureux. Currie et Ferian regardent la propriété anti-hémorrhagique de la digitale pourprée, comme un fait incontestable. Thomas trouve cette plante tellement efficace, dans l'hémoptysie, qu'il croit inutile de rechercher un autre traitement pour la combattre. Le docteur Ourgaud a consigné dans la *Gazette de santé* (15 août 1828) un cas d'hémorrhagie traumatique, guérie par la digitale, etc. Mais tous ces rapports sont tellement empreints du cachet de l'exagération, que l'on est fondé à les regarder, pour la plupart, comme le fruit de la passion; et quelque respect que l'on ait professé pour ceux qui ont avancé de pareilles assertions, on ne saurait en vérité les admettre toutes; car la digitale pourprée ne peut pas plus que toute autre substance médicamenteuse, être regardée

(1) Tome IX, pag. 8.

(2) La teinture de digitale étant formulée de différentes manières dans les pharmacopées, et la plupart des formules étant faites pour l'administration de la teinture à l'intérieur, je dois faire connaître la formule du docteur J. A. Chrestien :

Prenez : Digitale pourprée. ℥ j
Alcool. ℥ iij

par un homme de l'art, comme une panacée : voilà pourtant la conclusion à laquelle on serait amené, s'il fallait croire les faits aveuglement.

Si, au contraire, on les analyse et on les discute, il en ressort que la digitale pourprée, comme la plupart des médicamens héroïques, jouit d'une propriété générale et de quelques vertus spécifiques. Sa propriété générale est *excitante :* ses vertus spécifiques sont : 1° de déterminer un écoulement d'urines anormal; 2° de diminuer la fréquence des contractions du cœur. Il en est bien quelques autres; mais celles-ci sont les plus marquées. J'attache peu d'importance à savoir si cette action de la digitale, sur la fréquence des contractions du cœur, dépend d'une action première et directe sur le viscère lui-même ou sur le système nerveux des ganglions qui l'enlacent ou bien encore sur le sang qui le pénètre. Le seul point essentiel à discuter ici, c'est l'existence du fait. Or, si l'on consulte le nombre prodigieux d'auteurs qui ont écrit sur la digitale pourprée, on verra qu'il est constaté par les sept huitièmes au moins. Cependant je n'ignore pas que l'ingestion de la digitale, même à faibles doses, a plusieurs fois occasionné une augmentation notable, dans la vitesse des pulsations artérielles et une sorte de réaction fébrile; mais quelques exceptions (1) ne sauraient infirmer la règle : seulement elles réclament un examen attentif qui puisse en faire connaître la cause.

L'école dite physiologique a prétendu que, pour que le ralentissement des contractions du cœur eût lieu, il fallait que l'estomac fût exempt de toute irritation, et que lorsque l'ingestion de la digitale pourprée augmentait la fréquence du pouls tout d'abord, cela prouvait que ce viscère était malade. Ce n'est pas seulement dans le traité de thérapeutique du docteur Bégin, que se trouve cette assertion; je l'avais déjà vue, dès l'an 1822, dans la thèse inaugurale de l'un de mes condisciples, le docteur Coissar, de Nantes (2). Elle-même dans une thèse soutenue à Paris, en 1819 (3), par le docteur Gérard (4); et le docteur Gérard lui-même s'appuie de l'autorité de Murray, qui, après avoir indiqué les effets sédatifs de la digitale, ajoute : *sed si continuatur eadem dosis diutius, pulsus solitam velocitatem recuperat* (5).

Cette observation m'avait paru tout-à-fait propre à expliquer la différence des résultats obtenus par ceux qui ont étudié et observé les effets de la digitale. Les expériences que le docteur William Hutchinson a faites sur lui-même, et qu'il a publiées dans le journal *des Progrès des Sciences et des Institutions médicales* (6), augmentèrent la confiance que m'avait inspirée l'assertion de l'école dite physiologique; car ayant expérimenté deux fois, avec trop fortes doses, il s'était procuré une inflammation gastro-intestinale avec prostration des forces physiques et affaiblissement des forces intellectuelles, qui le retint au lit durant quinze jours, et réclama les soins du docteur Cooper. Aussi les contractions du cœur étaient-elles fortes et brusques; aussi le pouls donna-t-il jusqu'à cent pulsations par minute. N'est-il pas évident qu'une pareille inflammation a pu être un obstacle au ralentissement des contractions du cœur? L'expérimentateur lui-même le comprit, et il se détermina à recommencer ses recherches avec plus de précaution, toutes les circonstances étant d'ailleurs les mêmes qu'auparavant. Pour cette fois, le succès répondit à l'attente : les doses étant progressivement élevées, le ralentissement des contractions du cœur eut une marche progressive, et le pouls du docteur Hutchinson descendit jusqu'à vingt-huit pulsations par minute. Que le lecteur se rappelle le summum de l'échelle, qu'avait atteint le pouls du médecin anglais, et il jugera aisément les effets de la digitale, suivant que l'estomac est sain ou bien qu'il est malade.

Quand à moi, cette différence de résultats obtenue par un expérimentateur, médecin, sur ces propres organes, me paraît avoir tout autant de force qu'il faut pour détruire ou expliquer la divergence d'opinion qui a existé jusqu'à ce jour, sur les effets de la digitale pourprée, par rapport à la circulation sanguine; et il me reste démontré que la différence d'action de cette plante sur le cœur, dépend de l'état où se trouve la membrane muqueuse de l'estomac. Cependant il peut y avoir des esprits, chez lesquels la conviction ait moins d'accès que dans le mien, et par exemple : le professeur Bouillaud (1) appelle cette explication *ingénieuse ;* MM. Mérat et de Lens (2) la trouvent plus théorique que pratique. Mais quel droit ont ces auteurs de qualifier ainsi une explication qui repose sur des faits et n'est pas donnée *à priori ?* D'ailleurs il est une autre manière de prouver l'exactitude de l'assertion que je soutiens, et cette manière de prouver la voici : que l'on emploie la digitale pourprée en frictions sur les cuisses et l'abdomen de cent hydropiques, on n'observera pas une seule fois l'accélération du pouls. On n'observera pas toujours, il est vrai, son ralentissement, on l'observera même moins souvent que par suite de l'ingestion, comme l'avaient déjà noté les docteurs J. A. Chrestien et Rogery; mais, je le répète, l'on n'observera jamais l'accélération des battemens artériels. Il est donc bien évident que, si la digitale n'accélère jamais la circulation sanguine, tant qu'elle n'est pas mise en contact avec la muqueuse de l'estomac, c'est par l'état d'irritation de ce viscère qu'est produite quelquefois cette accélération, lorsque la digitale est administrée à l'intérieur.

A. T. CHRESTIEN, D. M.

---

(1) Je dis quelques exceptions, quoique Sanders appuie l'accélération primitive des pulsations artérielles par l'action de la digitale sur deux mille expériences.

(2) De l'emploi de la digitale pourprée dans quelques fièvres intermittentes Thèse soutenue à Montpelier.

(3) Et non pas en 1816.

(4) Et non pas Girard, comme cite le professeur Bouillaud.

(5) *Apparatus medicaminum.*

(6) Tome VI, pag. 218 et suiv.

(1) *Dictionn. de médecine et de chirurg. pratiq.*, tom. VI, pag. 304.

(2) *Dictionn. univ. de santé méd. et de thérapeut.*, tom. II, p. 641.

Quelques renseignemens sur les lépreux de la Guiane (1).

Les navires qui vont à Cayenne attérissent ordinairement au cap d'Orange. De là, longeant la côte, ils reconnaissent successivement la montagne d'Argent, à l'entrée de la baie d'Oyapoc, et le Connétable, rocher nu, élevé de 150 pieds au-dessus du niveau de la mer, situé à 4 lieues de terre environ et nord et sud avec l'embouchure de la rivière d'Appronague où sont les plus belles cultures de la colonie. Après avoir doublé le Connétable, on découvre bientôt la table de Mahuri, les montagnes de l'île de Cayenne et les îlots de Rémire. L'aspect de cette partie du littoral est très pitoresque. Dans les terres, on aperçoit la chaîne des montagnes de la Gabrille et de Kaw, les montagnes de l'Orapu, le pic isolé de Paramana dans l'île. La côte est bordée de palétuviers ou mangliers qui ressemblent à une épaisse forêt de peupliers. Depuis le mois d'avril jusqu'au mois de juillet, toute cette côte, à marée basse, est couverte d'une multitude prodigieuse de flammants(*Phénicoptères*), qui cherchent leur nourriture sur les bancs de vase. Ces grands échassiers quittent, au commencement d'avril, les lacs et les savanes noyées de l'intérieur où les inondations ne leur permettent plus de trouver leur pâture, et viennent, par bandes considérables, se nourrir, sur le rivage de la mer, de petits poissons et de crustacés. Leur nombre est si grand, et ils forment des bataillons si serrés, qu'on les a comparés à des régimens suisses vus dans l'éloignement. Les spatules roses et les hérons blancs, qui viennent se mêler à eux, forment avec le rouge vif de leur plumage, le contraste le plus curieux et le plus agréable. Vers la fin de juillet, lorsque les eaux de l'intérieur se sont écoulées, les phénicoptères retournent dans leurs savanes. On les voit traverser les airs en longues files, formant la croix, au bruit de leurs cris rauques et aigus. La partie de l'île de Cayenne que baigne la mer, présente des masses de rochers granitiques et des anses de sable où les flots se brisent avec plus ou moins de violence. On voit sur les pentes des montagnes de charmantes habitations et des plantations de cacaoyers et de cotonniers qui se mêlent aux arbres des forêts.

Les îlots de Rémire sont au nombre de quatre, les Mamelles ou les Filles, la Mère, le Père et le Malingre. Ces îlots ou îlets, comme on les appelle dans le pays, sont boisés. Les *couroupita*, ou arbres à boulets, les *erythrina* à fleurs de corail, les *bombaux*, les *acassoa guttifères*, les *spondias* à fruits de mirabelle, les *cœcropias* aux feuilles argentées, croissent ici pêle-mêle sur le même sol, et sont enlacés par une multitude de lianes, dont les fleurs exhalent l'arome le plus suave. Tous ces îlots, excepté le malingre, ont été autrefois habités. On voit encore, sur le *Père*, une petite habitation où l'on cultive des vivres et des cotonniers. Elle appartient aux frères Detelle qui y ont leur sépulture de famille.

Du côté du large ou du nord, les îlots sont abruptes et inabordables, à cause de la violence des brisans : du côté du sud, la pente du terrain est moins rapide ; cette partie offre des anses où la mer est calme et le débarquement facile. Ainsi, la nature, dans la formation géologique de ces îlots, nous enseigne immédiatement le principe sur lequel repose la construction des digues à la mer, principe que les savans ont pris tant de peines à soumettre aux lois rigoureuses du calcul. C'est aussi ce que démontrent les projections stéréotomiques de ces îlots, faites par les ingénieurs du pays, où la déclivité du terrain se présente, du côté du large, sous un angle aigu, et du côté de terre sous un angle très ouvert. On a pu faire les mêmes observations sur la digue du port de Cherbourg. Cette jetée à pierres sèches s'est naturellement tassée et assise sur sa base, avec un talus extérieur beaucoup plus incliné que le talus intérieur. Tous ces îlots sont pourvus de sources d'eau douce jaillissantes. On y trouve en grande quantité des ramiers, des tourterelles, des ortolans (petites tourterelles sophirines) ,et des lézards à crinière, appelés *iguanos* par les Espagnols.

Malgré la distance qui sépare ces îlots du continent (deux lieues environ), on y rencontre des serpens de l'espèce la plus dangereuse. On voyait autrefois, *aux Mamelles*, une jolie petite habitation ; elle appartenait à une femme de couleur, qui s'était établie dans cette île, avec quelques nègres et y avait formé une plantation de girofliers. Cet établissement fut visité, dans la dernière guerre maritime, par la chaloupe d'une frégate anglaise, qui croisait sur les côtes. Les Anglais s'y approvisionnèrent de volaille, d'œufs, de légumes et de fruits, qu'ils payèrent généreusement, exemple rare de modération et de respect à la propriété, que tous les peuples devraient suivre dans des temps civilisés.

C'est à l'îlot *la Mère*, qu'on avait autrefois placé la léproserie. L'habitation des lépreux, sous le vent de celle du gardien et des nègres affectés au service, en était séparée par une double barrière et par une assez grande distance. Quand quelque lépreux voulait communiquer avec le gardien, il venait jusqu'à la barrière où était une cloche qu'il sonnait ; on allait à lui, et on se parlait sans pouvoir se toucher. Ceux de ces malheureux qui pouvaient encore faire usage de leurs membres, cultivaient du manioc, du maïs, des ignames, des taccoves et des patates. Ils élevaient aussi une grande quantité de volaille. Les gardiens ont toujours abusé de leur autorité, pour acheter à vil prix, des lépreux, le produit de leur industrie. Lorsque je commandais le poste militaire des îlots, je fis cesser cet abus.

Depuis ce temps, on expédiait, tous les quinze jours, à Cayenne, un canot chargé des productions de la léproserie, que l'on faisait vendre à la ville, pour le compte de ceux à qui elles appartenaient. Une très-belle pêcherie était établie à l'îlot *la Mère*, et exploitée par le gardien. Les lépreux pouvaient ainsi se procurer du poisson, dont j'avais fixé le prix à quatre sous la livre, et que le gardien taxait auparavant, suivant son bon plaisir. C'est là que j'ai vu prendre par les pêcheurs des espadons énormes pesant jusqu'à un millier. On faisait de l'huile avec les foies de ces cétacées et des autres squales, dont cette mer abonde.

Le nombre des lépreux séquestrés est, année commune, de 60 individus, de tout âge, de tout sexe et de toute couleur. La lèpre est généralement regardée à Cayenne, comme

(1) Article communiqué par M. le professeur Alibert.

contagieuse ; cependant on a vu des enfans nés de père et mère lépreux, qui n'ont point contracté la lèpre ; ce qui semblerait contredire l'opinion de la contagionibilité. On ne connait pas un exemple de lépreux qui ait été parfaitement guéri. Je laisse aux hommes de l'art le soin de décrire cette affreuse maladie. L'expérience a prouvé que les individus qui en sont atteints, sont éminemment hystériques, et se livrent à tous les excès de la lubricité. L'amour, chez eux, ressemble à la fureur, et leur jalousie, qui n'a point de bornes, occasionne, parmi eux, les rixes les plus violentes.

En 1822, la léproserie a été, sous je ne sais quel prétexte, transportée aux îlots du Salut, à douze lieues de distance, sous le vent de Cayenne. Depuis, elle a été revendiquée par la sœur Javoué, supérieure générale de la congrégation des dames de saint Joseph, qui a obtenu que cet établissement serait transféré à la Carouani, dépendance de la Mana dont elle est directrice.

C'est sur les rochers de l'ilot *la mère*, au bruit des vagues qui venaient se briser à mes pieds, et ayant devant moi une mer immense, que je lus, pour la première fois, les poésies d'Ossian. J'étais alors dans l'âge des illusions, mon imagination s'exaltait. Dans mon extase, j'entendais la voix du désert, les chants des bardes et les sons harmonieux de leurs harpes aériennes. La nuit seule venait m'arracher à ces délicieuses et profondes rêveries. Trente ans ont passé sur ma tête depuis cette heureuse époque, et je regrette toujours la solitude et les charmes de mon île, que je préférerais encore aujourd'hui au bruit et au mouvement de la grande ville, où ma destinée m'a rappelé. Un an s'est à peine écoulé depuis que, voyageant le long des côtes sur une goëlette, nous mouillâmes dans l'anse de l'ilot la Mère, pour attendre le bon vent. Je ne voyais plus le palmier balancer sa cime élégante sur le sommet de la montagne (1) ; je ne voyais plus les rochers qui entourent l'île et la protégent contre la fureur des vagues ; mais j'entendais le murmure du flot expirant sur l'arène ; j'entendais le gazouillement merveilleux du Tangara, véritable improvisateur musical, que l'art ne saurait imiter ; j'entendais les chants plaintifs des tourterelles et des ramiers caché dans le feuillage des arbres ! Je sentis mon cœur palpiter, et une larme s'échappa de mes yeux. Cependant la brise se faisait bonne, nous appareillâmes, et je dis un dernier adieu à cette île hospitalière, dont les habitans nous avaient fait un accueil cordial et nous avaient procuré toutes sortes de rafraîchissemens. NOYER, *ancien ingenieur géographe.*

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations de cas rares ; par M. le docteur HERMANN STRAHL. — 1° *Cas d'hydrophobie mortel, suite de la morsure d'un chien parfaitement sain.*

Au mois de janvier 1833 l'auteur fut appelé pour voir un aubergiste qui était subitement tombé malade ; il le trouva couché tout habillé sur son lit ; et ne se plaignant de rien, sinon que tout les alimens lui répugnaient. Le pouls n'était pas accéléré, la température de la peau, la langue n'offraient rien d'anormal. Cependant à force d'interrogations le malade finit pas répondre qu'il éprouvait de la difficulté à avaler, et sa mère lui ayant offert une tasse de thé, il la repoussa avec horreur, assurant qu'il lui serait impossible de la boire ; en même temps son œil prit une expression farouche vraiment effrayante. Le médecin lui ayant présenté une pomme, il la mangea sans répugnance. On apprit aussi bientôt que le malade avait été mordu cinq semaines auparavant par un chien qu'il dressait pour la chasse ; mais que la plaie, qui existait à la main gauche, s'était facilement cicatrisée, et que le chien d'ailleurs n'avait pas le moindre symptôme d'hydrophobie. On ordonna au malade une infusion de valériane avec l'opium. Le chien fut, sur la demande du médecin, amené par son maître ; celui-ci assura qu'il avait toujours été bien portant comme dans le moment présent ; et en effet il était parfaitement tranquille, aboyait avec force, et but sans peine une grande quantité d'eau.

Le soir le malade était dans le même état ; ce n'est qu'après les plus grands efforts qu'il était parvenu à avaler trois cuillerées de sa tisane. Le lendemain matin on prescrivit le calomel à haute dose et une forte saignée. Le soir du même jour il eut un véritable accès de rage : voyant sa sœur boire un verre d'eau, il entra dans une fureur horrible, cassa un miroir et supplia les assistans de s'éloigner, parce qu'il les mordrait infailliblement. Ce paroxysme dura une demi-heure, après laquelle le malade s'endormit tranquillement. A dix heures il eut une nouvelle attaque, se mit à crier, à aboyer comme un chien, et brisa tout ce qui, dans la chambre, avait un éclat brillant. Ses sœurs se sauvèrent ; mais ayant atteint sa mère, âgée de 65 ans, il la jeta par terre et la mordit à la joue. Après cet acte de fureur il parut revenir à lui, et lorsqu'on entra dans la chambre, une demi-heure après, on le trouva mort la tête cachée dans les draps. Sa mère n'éprouva aucun accident par suite de sa morsure.

2° *Deux cas d'empoisonnement par le pavot* (Papaver somniferum).—Dans le mois de juin M. Strahl fut mandé auprès d'un enfant de deux ans et demi qu'il trouva couché sans connaissance, la figure rouge et gonflée, présentant de temps à autre des mouvemens convulsifs ; le pouls était fréquent, la peau chaude ; sur l'abdomen on remarquait des taches rouges analogues à celles de la scarlatine. La santé de l'enfant avait été excellente jusqu'à ce jour, et c'est subitement qu'il avait été pris de vomissemens, de fièvre, de chaleur et de délire. La veille un enfant du voisinage lui avait donné à une heure plusieurs têtes de pavot qu'il avait mangées, et les accidens étaient survenus le soir même. On administra une grande quantité de vinaigre framboisé et un lavement avec du vinaigre toutes les trois heures. L'enfant mourut dans la nuit.

Dans le second cas, la terminaison fut moins tragique. Un enfant de 14 ans ayant mangé quelques têtes de pavot, fut pris quatre heures après de délire, de coma et de crampes. Le chirurgien de l'endroit ordonna un laxatif ; ce n'est qu'au bout de cinq jours que les accidens cessèrent. Le malade était si faible qu'il pouvait à peine marcher. Un mois après il fut présenté à l'auteur ; il se plaignait toujours de

---

(1) L'auteur de cet article est devenu aveugle depuis quelques années.

faiblesse, d'anorexie, d'étourdissement, de manque de mémoire; il était pâle et pouvait à peine se tenir cinq minutes sur ses jambes. Après plusieurs mois il ressemblait encore à un convalescent de fièvre grave.

(*Journal de Hufeland, décembre* 1833.)

—

Observations sur l'emploi du sulfate de cuivre dans le croup; par les docteurs SERLO et MALIN.

Il est maintenant constant pour tous les médecins éclairés que dans certaines inflammations *sui generis*, telles que le croup, l'encéphalite des enfans, la péritonite puerpérale, la méthode antiphlogistique seule est insuffisante. Le docteur Serlo avait souvent observé le croup, et l'émétique au début avait toujours provoqué des vomissemens salutaires; mais dans un cas le tartre stibié employé à deux reprises ne produisit aucun effet, ce qui s'explique par la tolérance qui s'établit souvent lorsque le médicament est administré à haute dose. D'un autre côté, l'ipécacuanha a de grands inconvéniens à dose vomitive : les enfans ont de la peine à l'avaler, et son action est peu sûre. Ayant eu à traiter une petite fille chez laquelle il avait employé le calomel, les sangsues, le tartre stibié, les vésicatoires, sans obtenir un résultat complet, l'auteur eut l'idée de recourir au sulfate de cuivre que le docteur Hoffman avait déjà vanté pour des cas analogues. Il en donna lui-même quatre grains à l'enfant; cinq minutes après il y eut plusieurs vomissemens accompagnés d'expulsion de fausses membranes qui se succédèrent à de courts intervalles, et depuis ce moment tous les symptômes graves s'évanouirent. Depuis ce jour le docteur Serlo a toujours employé le sulfate de cuivre conjointement avec les antiphlogistiques, et sur quarante cas il n'a perdu que quatre malades, pour lesquels il avait été appelé trop tard. Dans la laryngo-trachéite des enfans qui simule le croup, le sulfate de cuivre n'est pas moins utile; l'auteur cite neuf cas où il a amené la guérison.

Voici les formules. On prescrit d'abord comme vomitif :

Prenez :	Sulfate de cuivre.	gr. iij
	Sucre blanc.	gr. vj.

Puis l'on donne de deux en deux heures une des poudres suivantes :

Prenez	Sulfate de cuivre.	gr. ij
	Sucre blanc.	℈ij

Divisé en huit paquets.

Le docteur Malin a obtenu des succès comme le docteur Serlo par l'emploi de sulfate de cuivre, et en le comparant aux divers moyens qui ont été préconisés contre le croup, il lui reconnaît une supériorité incontestable.

(*Journal de Hufeland, janvier* 1834.)

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

MAI 1834.

N° DU 10.

BULLETIN CLINIQUE.

—

HOPITAL DE LA PITIÉ (*Service de M. le professeur Andral*). — *De la variole et de la varioloïde; par* M. VIGER DEVARRENNES, D. M. P., *interne des hôpitaux.*

La variole est maintenant une des maladies les mieux connues sous le rapport de sa marche et de sa nature; mais il reste encore quelques points obscurs, et que l'observation rigoureuse des faits pourra seule éclaircir. La variole peut-elle atteindre deux fois le même individu? l'observe-t-on chez les personnes qui ont été vaccinées? Telles sont les questions que l'on peut se poser et qui sont loin d'être résolues. Consultez, en effet, les médecins ou les auteurs qui ont fait des travaux sur ce sujet, et vous les verrez tous partagés d'opinion sur ces importans résultats; tous vous citeront des faits à l'appui. Les uns affirmeront avoir vu la variole affecter des individus qui l'avaient eue déjà une fois, ou qui avaient été vaccinés; les autres vous diront n'avoir jamais rien observé de semblable. J'ai entendu tout récemment encore M. Biett, qui doit avoir vu un très-grand nombre de malades, affirmer positivement n'avoir jamais rencontré la variole chez des personnes bien authentiquement vaccinées. Comment expliquer des assertions aussi contradictoires, et de quel côté se trouve l'erreur? Je ferai remarquer d'abord, relativement à la vaccine, qu'il n'est pas toujours possible d'arriver à une certitude absolue. Lorsqu'un enfant est amené dans les établissemens publics ou chez les médecins, pour subir cette opération, leur nom, leur âge, etc., sont inscrits sur un registre; lorsqu'on les rapporte, on prend note de ce que l'on remarque de particulier : on s'assure de cette manière si le vaccin a bien pris, et s'il est de bonne nature. Mais s'il arrive que par négligence ou par toute autre raison, les parens ne reviennent point, le médecin ignore si l'opération a réussi complétement. Nous allons voir tout-à-l'heure qu'il est très-important que le médecin voie son petit malade jusqu'à la fin.

On a dit que les cicatrices de la vraie vaccine étaient profondes, et présentaient des dépressions semblables à celles que l'on remarque sur les gauffres; tandis que la fausse vaccine ne laissait point de cicatrice, mais seulement une simple tache qui disparaissait avec l'âge. Des expériences du docteur Sacco et de M. Gendrin ont démontré que l'inoculation, quoique ayant bien réussi d'abord, pouvait dégénérer en fausse vaccine. Le bouton se développe régulièrement; l'enfant gratte, écorche la pustule, ou bien elle est comprimée par un vêtement trop serré, ou enfin par suite de manœuvres intempestives. On la presse avec les doigts; la suppuration s'empare immédiatement de la pustule, elle jaunit, la disposition multiloculaire cesse d'elle-même, le vaccin déposé dans les aréoles disparaît, et l'individu n'est point préservé de la variole, ou il devient apte à contracter la vaccine. Si la suppuration de la pustule s'opère avant le sixième jour de l'inoculation, il reste cependant une cicatrice, à la vérité peu marquée, mais elle offre tous les caractères de la vraie cicatrice vaccinale : ces considérations prouvent qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance aux données fournies par la cicatrice.

Quant à l'assertion des médecins, qui n'attribuent à la vaccine qu'une faculté préservatrice temporaire, et qui ont en conséquence proposé de renouveler les vaccinations à des époques déterminées, elle ne peut être confirmée ou détruite que par de nouveaux faits et de nouvelles expériences. MM. Goldson, Caillot, Boulu, Berlun et Geneuil, qui ont fait des travaux sur ce sujet, ne sont pas d'accord sur l'époque à laquelle doit finir cette vertu préservatrice temporaire; les uns ne lui prêtent que deux ou trois ans de durée, les autres dix ou douze, vingt ou vingt-cinq. L'opinion de ces médecins est fondée sur des faits en apparence concluans; elle a été combattue par des expériences qui ne le sont pas moins: on est donc obligé de rester dans le doute jusqu'à ce que de nouvelles recherches viennent éclairer cette importante question.

Comme la varioloïde affecte également les personnes qui

ont été vaccinées ou qui n'ont point subi cette opération et celles qui ont eu déjà la variole, cette circonstance a pu en imposer quelquefois. Il y a des faits qui paraissent prouver qu'en effet la variole peut affecter le même individu ; on en trouve dans les auteurs des exemples qui ne laissent aucun doute ; mais aussi je suis convaincu que ces faits sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit. Il y a des médecins qui ne savent pas distinguer ces deux maladies l'une de l'autre. J'ai vu, il y a peu de temps encore, un médecin d'hôpital confondre la variole avec la varicelle et la varioloïde ; il y a des praticiens qui nient même l'existence de cette dernière maladie. C'est à tort, je crois, que l'on a voulu faire de cette variété une affection particulière ; mais il faut reconnaître qu'elle diffère beaucoup de la variole sous le rapport de la rapidité de sa marche et de sa terminaison constamment heureuse. Dans quelques cas la maladie parait extrêmement grave, et s'accompagne de symptômes inquiétans ; mais les accidens disparaissent dès le cinquième jour, aussitôt que la dessiccation commence : elle peut se montrer sous cette forme, même chez des personnes qui ont été vaccinées, ou qui ont eu la variole ; elle peut affecter deux fois et plus le même individu.

Dans les premiers jours de l'éruption, il est fort difficile de distinguer la variole de la varioloïde. Dans l'une comme dans l'autre, les prodromes peuvent varier, depuis le simple malaise jusqu'à celui de la maladie inflammatoire la plus grave : dans les deux cas, l'éruption commence le plus souvent à la face ; elle est en général plus discrète dans la varioloïde, mais quelquefois elle est très-confluente et entourée d'une rougeur érythémateuse. Dans la variole modifiée les boutons sont plus petits, légèrement acuminés, remplis d'un fluide épais, lactescent, sont d'un blanc mat, quelquefois ils sont volumineux et arrondis ; mais, il faut le dire, ces caractères sont peu tranchés, et ce n'est que le quatrième ou cinquième jour que l'on peut arriver à un diagnostic précis. On voit alors apparaître au sommet de la pustule un petit point jaune, qui lui donne un aspect ombiliqué ; ce point jaune augmente d'étendue ; le liquide contenu dans la pustule se résorbe ou se dessèche, et de petites croûtes jaunes ou brunes, isolées pour chaque bouton, tombent ou restent enchâssées dans la peau sous forme de petites écailles. Dans le premier cas, il reste souvent au-dessous d'elles une saillie papuleuse qui disparait quelquefois fort lentement. Dans le second, il reste une petite tache brune ou rougeâtre qui disparaît au bout de quelques jours. Ainsi nous voyons la période de suppuration manquer et la dessiccation commencer vers le quatrième ou le cinquième jour, et finir le septième ou le huitième. La maladie se termine, en général, dans l'espace de six à douze jours.

Les choses ne se passent pas ainsi dans la variole : les pustules sont constamment ombiliquées et leur aspect n'est pas le même ; elles sont d'un blanc plus clair que celles de la varioloïde ; elles sont le plus souvent accompagnées d'un gonflement plus ou moins considérable. La suppuration arrive du cinquième ou septième jour, et se termine dans 4 ou 5 jours. La pustule est fortement distendue par le pus qui en sort bientôt sous forme d'un liquide épais, d'une couleur roussâtre plus ou moins foncée. La dessiccation commence ordinairement vers le dixième ou le douzième jour, et si l'éruption a été très-confluente, toute la face présente une croûte brune ; elle semble recouverte par un masque. Sur les membres, il arrive aussi quelquefois que vers la fin de la suppuration, plusieurs pustules viennent à se confondre, et il se forme aussi de larges croûtes. C'est ordinairement vers le cinquième ou le sixième jour que commence le ptyalisme ; ce phénomène ne s'observe pas dans la varioloïde. Les croûtes se détachent ordinairement du vingtième au vingt-cinquième jour ; elles laissent au-dessous d'elles des taches d'un rouge vif, un peu déprimées et qui persistent quelquefois pendant fort long-temps ; à mesure que ces taches disparaissent la cicatrice se forme. La varioloïde ne laisse que très-rarement des traces des son existence.

Parmi les observations de varioloïde que j'ai recueillies dans le service de M. *Andral* à la Pitié, je vais en rapporter deux, dans lesquelles la marche de l'éruption a été notée avec soin ; j'ajouterai une observation de variole, dont l'autopsie nous a offert quelques points intéressans.

Première observation. Varioloïde confluente chez un homme de vingt-trois ans qui avait été vacciné.

Le 4 janvier 1833 est entré, dans le service de M. Andral, un homme âgé de vingt-trois ans, nommé D***, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution : cheveux châtains, yeux bleus, saillies musculaires assez prononcées. Il nous dit avoir toujours eu une bonne santé, n'avoir jamais eu de rhume ni de crachement de sang. Depuis quatre jours il éprouvait un violent mal de tête, avec insomnie ; il n'avait eu ni nausées, ni vomissemens, ni frissons ; il se plaignait seulement d'un peu de chaleur à la peau. Le 5 janvier, vive céphalalgie générale, pas d'étourdissemens. Langue humide, un peu blanche, soif assez vive, anorexie, ventre indolent, pas de selles. La peau est chaude, et n'offre encore aucune trace d'éruption ; pas de toux, pas de palpitations. Pouls développé, vingt-huit pulsations, vingt respirations. D*** affirme avoir été vacciné, cependant nous ne pouvons trouver de cicatrices vaccinales. (*Prescription:* infus. de fl. de mauves édulc. avec sirop de gomme ; saignée de quatre palettes.) Caillot remplissant le vase ; pas de couenne.

6. Persistance de la céphalalgie ; sommeil souvent interrompu ; pas de rêves sinistres ; pas de vomissemens ni de selles ; ventre souple et indolent. Pouls plus développé qu'hier, 108 puls., 28 respirations. La face et le cou commencent à se couvrir de petites taches rouges, sans saillie au-dessus de la peau. Il est encore impossible de déterminer la nature de cette éruption. Le malade se plaint seulement d'un peu de chaleur à la peau, sans démangeaison. Pas de sueur (Mauve éd. ; sirop de gomme ; lavement émollient. Diète.)

7, langue blanche, couverte d'un enduit épais ; une selle après le lavement. La peau de la face et de la partie supérieure du tronc présente des pustules peu saillantes, mais très-confluentes. Sur les membres, elles ne font que commencer. Les yeux sont rouges et larmoyans. (*Ut suprà.* Diète.)

8, plus de céphalalgie. Le malade se plaint d'un léger mal de gorge ; le voile du palais et le pharynx offrent quelques pustules entourées d'une rougeur assez vive ; les boutons

sont plus saillans qu'hier ; ils sont peu volumineux, très-rapprochés à la face ; leur sommet est aplati et blanchâtre ; aux membres, ils sont entourés d'une rougeur assez vive, érythémateuse ; les pustules ne sont pas ombiliquées. La peau n'est le siége d'aucune démangeaison ; elle est chaude et moite. Pouls moins développé que les jours précédens, 88 pulsations, 20 respirations. Le 9, quatrième jour de l'éruption, les pustules de la face sont légèrement acuminées ; deux ou trois seulement sont ombiliquées ; elles paraissent remplies d'un liquide épais, d'un blanc lactescent ; elles sont plus petites que dans la variole ; celles des membres sont moins avancées. Langue bien humide, soif légère, pas de selle ; 70 pulsations, 20 respirations. M. Andral prenant en considération la forme des pustules, diagnostique une varioloïde. Le 10, les pustules sont plus blanches qu'hier, elles sont peu gonflées ; quelques-unes de celles de la face présentent une petite croûte jaune sur leur sommet. Il n'y en a plus une seule qui soit ombiliquée. Douleur à la gorge ; quelques pustules blanches sur la base de la langue, qui est un peu collante. La rougeur des yeux persiste. 66 pulsations et 20 respirations. Le 11, à la face il y a plusieurs petites croûtes jaunes déformées ; si on les enlève, on trouve au-dessous un liquide très-épais. La dessiccation commence sur le tronc et les membres. Langue humide, pas de soif, une selle. Le malade demande à manger avec instance ; on lui accorde deux bouillons coupés. Le 12, la dessiccation s'étend à toutes les pustules de la face ; la voix n'est plus altérée et la respiration est très-libre ; la gorge n'est plus douloureuse ; le voile du palais et le pharynx présentent quelques points blanchâtres ; la langue est toujours recouverte d'un enduit jaune assez épais ; appétit ; ventre indolent, une selle sans coliques. La peau, médiocrement chaude, est le siége d'une légère démangeaison ; 60 pulsations. (Trois bouillons.) Le 13, les pustules des membres commencent à se dessécher ; elles sont recouvertes de petites croûtes en forme d'écailles brillantes et d'un jaune foncé. La peau du visage commence à se nettoyer. Langue bien humide ; elle se dépouille peu à peu. L'appétit est complétement revenu. Plus de démangeaison à la peau. 22 respirations, 56 pulsations. Le 14, la chute des croûtes continue. (Trois soupes.)

Le 15 et le 16, deux selles naturelles. Langue bonne, pas de soif ; 56 pulsations. La peau se nettoie bien ; elle présente, à la face et au cou, une très-grande quantité de saillies arrondies, ressemblant, pour la forme, à des verrues ; leur couleur est d'un rouge foncé, tranchant sur le reste de la peau. (Un huitième). Les jours suivans ces saillies s'affaissent peu à peu. Le malade est sorti le 26 janvier, conservant encore un grand nombre de petites taches brunes sur la peau de la face et des membres.

Deuxième Observation. Varioloïde chez un homme âgé de vingt-six ans non vacciné.

Un jeune homme de vingt-six ans, cordonnier, d'une taille de quatre pieds onze pouces, d'une bonne santé habituelle ; cheveux et sourcils bruns, yeux noirs, membres volumineux, saillies musculaires très-prononcées, entra dans le service de M. Andral, salle Saint-Léon ; le 21 octobre 1833. Chaque hiver, cet homme était sujet à contracter de légers rhumes, qui se dissipaient facilement. Il n'a jamais eu la respiration courte ; jamais de palpitations ni de crachemens de sang. Il pouvait monter facilement un escalier sans être essoufflé. Depuis trois ou quatre semaines il éprouvait souvent du malaise ; il avait perdu l'appétit et se fatiguait facilement ; il avait cependant continué à travailler. Le mardi, 15 octobre, il se portait assez bien, et le mercredi il avait déjeûné comme à son ordinaire, mais avec peu d'appétit, lorsque, dans la journée, il fut pris de violens frissons. Le 17, et les deux jours suivans, toux humide, sans douleurs dans la poitrine ; le 17 et le 18, douleurs lombaires, assez fortes nausées sans vomissement ; pas de céphalalgie, pas de saignement de nez, pas de mal aux yeux ni à la gorge. C'est le dimanche matin, 20 octobre, qu'il s'est aperçu qu'il avait quelques boutons au front ; dans la journée ils ont envahi le reste de la face et la poitrine, et dans la nuit du dimanche au lundi ils se sont développés sur le reste du corps et sur les membres. Le 22, commencement du troisième jour de l'éruption, la peau est couverte de petits boutons assez rapprochés à la face ; ils sont saillans, d'un blanc opaque, entourés de plaques d'un rouge vif ; quelques-uns, sur les parties latérales du nez et sur le front, présentent au centre une dépression légère, avec un point plus opaque et jaunâtre. Pas de céphalalgie, pas de frissons, yeux injectés, ils ont été larmoyans les premiers jours. Langue jaunâtre, un peu collante, avec de petits points rouges ; bouche mauvaise, anorexie, soif vive, pas de nausées, pas de vomissements ; ventre souple, indolent, pas de dévoiement, selles naturelles depuis le début de la maladie ; pouls peu développé (60 à 70 pulsations par minute) ; peau sans chaleur ; pas de palpitations, pas de matité à la région précordiale ; les battemens du cœur n'offrent rien de particulier ; respiration très-pure. Ce malade nous affirme n'avoir pas été vacciné ; ses bras n'offrent, en effet, aucune trace de cicatrice. (Boissons délayantes, diète.) Le 23, les pustules sont plus saillantes qu'hier, elles offrent environ le volume d'une moitié de gros pois vert, elles ont une couleur blanche lactescente. Les points jaunes que nous avons notés hier commencent à s'étendre ; d'autres pustules commencent à se déprimer à leur sommet ; si on les ponctionne avec l'extrémité d'une lancette, et qu'on les comprime fortement, il s'en échappe un liquide épais, légèrement coloré en brun. Céphalalgie légère, pas d'étourdissemens ; le malade paraît un peu assoupi, ses paroles sont lentes ; la langue présente quelques pustules, elle est, du reste, bien humide ; soif, anorexie, pas de nausées ; ventre indolent, une selle ; toux légère, respiration pure ; pas de démangeaison à la peau, qui est chaude et moite. (Mauve édulcorée, potion gommeuse, diète.) Le 24, les boutons sont très-gonflés, très-saillans, un peu pointus à leur sommet et d'un blanc très-mat ; ils sont peu rapprochés, même à la face ; quelques-uns, situés sur les joues, le nez et les paupières, sont entièrement jaunes et commencent à tomber par petites croûtes isolées ; pas de céphalalgie ; soif, anorexie, pas de nausées ; ventre indolent, pas de selles. Le malade paraît toujours un peu assoupi. La peau est plus chaude qu'hier et le pouls plus fréquent, plus développé. (84 pulsations ; 20 respirations.) (Même prescription, diète.) Le 25, les pustules des membres et du tronc commencent à se gonfler et à devenir

d'un blanc mat, elles suivent la même marche que celles de la face; celles-ci sont presque entièrement desséchées, la peau est recouverte de croûtes brunes qui tombent par petits lambeaux; pas de douleur à la gorge; langue un peu sèche; soif vive; peau médiocrement chaude. Les réponses du malade sont toujours un peu embarrassées; l'intelligence n'est, au reste, nullement altérée; la toux continue; la respiration est égale partout et pure, excepté dans la fosse sous-épineuse gauche, où elle est mélangée d'un peu de râle muqueux; la percussion est également sonore dans toute la poitrine. (80 pulsations, 20 respirations.) (Prescription : *ut suprà.*) Le 26, la dessiccation continue. Insomnie; pas de céphalalgie; les yeux sont encore injectés, la conjonctive ne présente point de pustules, elles s'arrêtent sur le bord libre des paupières. (70 pulsations; même état du reste.) Le 27 : la nuit a été assez bonne; sueurs légères; pas de démangeaison; langue humide, soif, pas de mal à la gorge; ventre indolent, selles naturelles; 70 pulsations. L'appétit commence à revenir; le malade répond mieux aux questions qu'on lui fait ce matin; il se plaint d'avoir un peu froid. (Bouillon coupé.) Le 28 : toutes les croûtes de la face et de la partie antérieure de la poitrine sont détachées, il reste au-dessous d'elles une large tache d'un rouge-brun, sans aucune saillie ni dépression. Les boutons des membres, et sur-tout ceux des mains, sont très-volumineux; il y en a deux à la paume des mains qui ont encore la couleur *blanc mat*, la dessiccation n'est pas encore commencée dans ce point; la peau est sans chaleur et le pouls sans fréquence; plus de toux; respiration pure. (Orge éd., deux soupes.) Les jours suivans la dessiccation continue; les pustules des mains ne se dessèchent que les dernières, et seulement vers le seizième ou le dix-septième jour de l'éruption. Le malade est sorti le 14 novembre, conservant sur toute la peau de petites taches rouges qui sont le siège d'une desquamation purpuracée.

Ces deux observations, quoique différant sous plusieurs rapports, offrent un grand nombre de points de rapprochement. Dans les deux cas, les prodromes ont eu à peu près une égale durée (5 à 6 jours). Chez le malade qui fait le sujet de la première observation, ils se sont bornés à de la céphalalgie, accompagnée d'un peu d'accélération dans le pouls; le second malade a éprouvé quelque chose de plus : la maladie a débuté par des frissons, de la toux, des douleurs lombaires, de l'anorexie, de la fièvre. L'éruption a commencé par la face, et s'est étendue de là sur le tronc et les membres; elle a été accompagnée de symptômes peu graves, qui se sont dissipés le cinquième ou le sixième jour. Dans les deux cas, la forme de l'éruption a été assez tranchée pour être reconnue dès le troisième jour. La forme acuminée des boutons, leur couleur, l'absence de dépression centrale fournissent d'assez bons caractères. Les pustules de la variole sont presque constamment ombiliquées; celles de la varioloïde ne le sont jamais; leur sommet paraît, au premier abord, offrir une dépression, mais en examinant avec soin, on voit qu'elle est le point de départ de la dessiccation de la pustule. Cette circonstance a surtout été notée avec soin chez le second malade. Des recherches récentes d'anatomie pathologique ont démontré qu'au centre des pustules varioliques existait un petit corps blanchâtre, filamenteux, dont l'extrémité supérieure s'implante au milieu de l'ombilic, tandis que l'inférieure est renflée et adhérente au corps réticulaire. J'ai vainement cherché ce petit corps filamenteux dans les pustules de varioloïde, je n'ai pu le découvrir. Il arrive souvent que les boutons de varioloïde ne contiennent aucun liquide. Chez le second malade, nous avons vu que, en ponctionnant une pustule, la pression en a fait sortir un liquide épais, légèrement coloré en brun; dans ce cas elles se rapprochent des pustules varioliques. Enfin, chez nos deux malades, l'éruption a eu une durée à peu près égale. Chez le premier, la dessiccation a été complète le douzième jour, et s'est accompagnée d'un peu de démangeaison à la peau; chez le second, elle s'est terminée un peu plus tard, sur-tout aux mains, vers le quatorzième jour.

Troisième Observation. Variole confluente chez un sujet non vacciné, mort pendant la période de suppuration. — Abcès métastiques dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Le nommé M***, âgé de dix-sept ans, entré le 17 août 1833, dans le service de M. Andral, salle Saint-Léon, n° 20. Ce jeune homme nous dit n'avoir pas été vacciné. Il n'avait eu aucune communication avec des individus affectés de variole. Sa santé avait toujours été très-bonne. Il avait les cheveux et les sourcils blonds, les yeux bleus, le système pileux peu développé. Le 13 août il se portait encore très-bien; il dormit bien dans la nuit du 13 au 14, ce ne fut que le matin en se levant qu'il fut pris de vives douleurs dans les reins. Il déjeuna avec peu d'appétit; et dans la journée il fut contraint de se mettre au lit; il éprouvait du malaise, de la fatigue, quelques maux de tête; il n'a eu ni nausées, ni vomissement, ni selles, il n'a point saigné du nez; il a continué à manger jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital. Le 15 et le 16, continuation des maux de reins. Le 18 (troisième jour), éruption bien développée, très-confluente; les pustules sont entourées d'une rougeur très-vive; pas de céphalalgie ni d'étourdissemens; les douleurs de reins ont disparu depuis hier soir; langue blanche, humide, pas de soif, anorexie, bouche mauvaise, pas de nausées, douleur à la gorge depuis vingt-quatre heures, voix fortement enrouée; la voûte palatine, le voile du palais et le pharynx présentent un grand nombre de pustules; ventre indolent, deux selles peu consistantes, pas de salivation, pas de toux, pas de démangeaisons à la peau; pouls assez développé, 64 pulsations, 16 respirations. (Boissons délayantes, diète.) Le 19, le malade a eu du délire toute la nuit; ce matin ses réponses sont assez nettes; langue bien humide, couverte de pustules; une selle; 72 pulsations, 16 respirations.

Le 20, douleurs vives à la gorge, voix éteinte, pas de soif, un peu de dyspnée, cuisson et sentiment de chaleur à la peau, les pustules commencent à se gonfler, la peau de la face offre un peu de tuméfaction; 76 pulsations, 24 respirations. (Même prescription, diète.)

Le 21, pas de délire, deux selles, même état du reste.

Le 22, céphalalgie, légère douleur épigastrique, langue couverte d'un enduit blanc, épais; bouche mauvaise, soif,

ventre douloureux, un peu ballonné ; toux légère, respiration pure et de force ordinaire, les battemens du cœur n'offrent rien de particulier, dyspnée ; pouls très-développé, 100 pulsations, 24 respirations ; saignée de trois palettes : le caillot consiste seulement en une couenne de sept lignes d'épaisseur, blanche, comme gélatineuse ; au-dessous d'elle on ne trouve qu'un mélange intime de sérosité et de fibrine en grumeaux.

Le 23, même état, toux, dyspnée, voix éteinte, pas de démangeaison à la peau ; 92 pulsations, 24 respirations, toux sans crachats.

Le 24, délire continuel depuis hier soir, la face est rouge et très-tuméfiée. Le malade éprouve, sur toute la peau, une cuisson insupportable ; pas de céphalalgie ; langue humide, couverte d'un enduit jaune ; pas de vomissemens, pas de selles, ventre indolent, 108 pulsations, 28 respirations.

Le 25, langue sèche, soif vive, pas de selles, ventre ballonné, le délire continue ; les pustules sont très gonflées sur les membres, elles sont agglomérées et confondues de manière à soulever l'épiderme par larges lambeaux. Dans la journée, ce malade est pris de plusieurs accès de suffocation ; la toux prend un caractère particulier, et se rapproche de la toux croupale. Le malade crie continuellement qu'il étouffe. Toute la journée et toute la nuit il a eu des sueurs tellement abondantes qu'il a fallu le changer de chemise plusieurs fois. (Sinapismes aux pieds.)

Le 26, la suffocation continue ; 112 pulsations, 40 respirations. La douleur de gorge est très-vive, et c'est là que le malade rapporte sa difficulté de respirer. La langue est sèche et recouverte d'une croûte noire semblable à de la crème brûlée ; pas de selles, ventre légèrement ballonné, sueurs abondantes, intelligence assez nette, toux sans crachats, quelques-unes des pustules de la face commencent à se recouvrir de petites croûtes jaunâtres, pas de salivation. Le 27, même état, 120 pulsations, 42 respirations. Mort dans la nuit du 28 au 29 août. Autopsie le 29 août, six heures après la mort. *Cerveau.* Un peu de sérosité dans la pie-mère extérieure, arachnoïde pâle, très-peu de sérosité dans les ventricules, les vaisseaux de la substance blanche sont un peu gorgés de sang, le cerveau est d'une bonne consistance. *Thorax.* Le péricarde contient un demi-verre de sérosité limpide, cette membrane est pâle et n'offre rien de particulier. *Cœur.* Hauteur de la base à la pointe, 3 pouces 10 lignes ; largeur à la base, 3 pouces 11 lignes. Épaisseur des parois ; ventricule gauche, 7 lignes ; cloison, 6 lignes ; ventricule droit, 2 lignes ; cavités remplies de caillots noirs et fibrineux adhérens aux parois. L'aorte, à son origine, présente une largeur de 2 pouces 9 lignes, sa surface interne est blanche. Les ganglions bronchiques paraissent un peu plus volumineux que de coutume, ils contiennent dans leur intérieur quelques masses crayeuses. Les deux poumons sont libres dans la cavité des plèvres. Le lobe inférieur du poumon gauche est farci d'un grand nombre de petits abcès offrant le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une noisette : en râclant avec un scalpel, on en fait sortir un pus grisâtre assez liquide. Parmi ces abcès, les uns sont entourés d'un parenchyme tout-à-fait sain ; leur couleur tranche beaucoup sur celle du poumon, les autres se trouvent au milieu d'un tissu grisâtre très-mou, s'écrasant sous le doigt et donnant issue à une assez grande quantité de pus rougeâtre, d'une couleur beaucoup plus foncée que celui des petits abcès dont il vient d'être question, et qui, au milieu de l'infiltration purulente, peuvent être encore facilement distingués ; enfin, quelques-uns de ces petits foyers sont entourés par des portions de poumon à l'état d'hépatisation rouge. Le lobe supérieur présente seulement un peu d'engouement. Le poumon droit est fortement engoué à la partie postérieure ; il présente à sa base, en arrière, un petit abcès gros comme deux lentilles ; le pus paraît comme renfermé dans quelques vésicules. Pas de granulations ni de tubercules. *Foie.* Hauteur d'avant en arrière, 8 pouces 10 lignes ; diamètre transversal, 12 pouces 3 lignes ; épaisseur, 3 pouces 9 lignes. Son tissu est assez dense ; les deux substances sont assez distinctes, l'une d'elles est en larges plaques jaunes, entourées de circonvolutions rouges. Elles ne contiennent aucun foyer purulent. Bile noire et épaisse dans les vésicules. *Rate.* Longueur, 5 pouces 10 lignes ; largeur, 3 pouces 7 lignes ; épaisseur, 19 lignes ; tissu noirâtre assez friable. Le voile du palais, la langue, le pharynx, sont recouverts d'une couche noire, épaisse au-dessous ; la muqueuse est rouge et parsemée de petites ulcérations. L'intérieur du larynx présente la même altération. L'œsophage ne présente rien de particulier à la partie latérale du cou, sur le côté gauche et derrière la trachée ; dans les interstices des muscles de la région antérieure de la colonne vertébrale, existe une infiltration assez abondante d'un pus jaune crémeux, réuni en foyer dans quelques points. Les veines qui aboutissent à cette région, ou qui la traversent, ont été examinées avec soin ; elles n'offrent aucune altération. Tout le système veineux a été mis à découvert : nous n'avons pu rencontrer aucune lésion. La muqueuse de l'estomac offre un pointillé rouge vif sur les deux faces. Elle s'enlève par lambeaux de dix à douze lignes de longueur. Follicules nombreux dans le duodénum et dans l'intestin grêle, où ils sont plus disséminés ; tout cet intestin est d'un rouge livide intense. Cette injection est par larges plaques que le lavage fait à peine pâlir ; elle s'étend à la moitié du gros intestin. Dans les points où se trouve cette injection, la muqueuse paraît avoir conservé sa consistance normale ; elle s'enlève par lambeaux de dix à douze lignes. La vessie, les reins, n'offrent rien de particulier. Les foyers purulens trouvés dans les poumons étaient-ils dus à une résorption purulente ? l'examen du système veineux rendrait cette conjecture peu probable. On pourrait objecter, il est vrai, que les vaisseaux lymphatiques n'ayant point été examinés, ils ont pu transporter le pus dans les poumons. Mais comme les veines ont été disséquées avec soin, et que cette opération n'a pu faire apercevoir de vaisseaux lymphatiques, il est très-probable qu'ils étaient exempts d'altération, car on les aurait trouvés augmentés de volume. Ces foyers purulens paraissaient n'avoir aucun rapport avec l'hépatisation rouge et grise du poumon gauche ; ils étaient parfaitement isolés, et leur couleur tranchait avec le tissu du poumon sain ou altéré. On ne peut donc se rendre compte de leur présence que par métastase purulente. Si nous portons maintenant notre attention sur les symptômes, nous voyons qu'ils étaient liés

aux lésions pathologiques trouvées sur le cadavre. La suffocation peut être expliquée par la présence, dans le larynx et la trachée, de cette croûte épaisse qui avait succédé aux pustules varioliques développées dans ces organes, et par la lésion trouvée dans les poumons. Le malade était tellement couvert de sueur dans les derniers temps, qu'il eût été peut-être dangereux de le découvrir pour l'ausculter ; la maladie a dû, par conséquent, échapper à ce moyen d'investigation, puisqu'on n'a pu l'employer que dans les premiers jours.

N° DU 17

De la marche et du traitement de quelques maladies des organes internes de la génération, chez la femme; par J.-H. MONTAULT, D. M, P. Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

I. Les maladies des organes internes de la génération, en particulier de la matrice, sont sans contredit les plus fréquentes, les plus longues et les plus graves de toutes celles qu'on observe chez les femmes : présenter, au moyen d'observations fidèles, le tableau de quelques-unes de ces nombreuses affections, leur tendance à passer et à rester pendant long-temps à l'état chronique, l'amélioration soutenue que peut au contraire quelquefois leur imprimer un traitement sagement administré, les lésions et les accidens secondaires qu'entraîne ordinairement leur marche progressive, enfin, l'indication de quelques tentatives hardies (1), pour en débarrasser les malades ; tel est le but que je me propose de remplir par cet article.

II. La métrite, sans doute à cause de l'action répétée des causes qui lui ont donné lieu, se montre le plus souvent réfractaire ; en voici un exemple : Le 22 mai 1829 il entra à l'Hôtel-Dieu une fille, âgée de trente-trois ans, giletière, pâle, amaigrie, affectée de fièvre, de douleur hypogastrique, de constipation ; le col utérin était douloureux au toucher, tuméfié. Elle était accouchée trois fois : la première fois heureusement ; la seconde fois de deux jumeaux, dont l'un n'a pu être extrait que par morceaux (il s'ensuivit une hydropisie) ; la troisième fois, en 1824, d'un enfant mort-né. C'est à l'époque de ce dernier accouchement qu'elle faisait remonter les premiers symptômes de sa maladie : douleurs dans les lombes, irrégularité de la menstruation. Elle avait fait usage de cataplasmes et de sangsues (quatre applications) sur l'hypogastre, de tisane d'orge, de bains de siége. A l'hôpital, elle fut soumise au traitement suivant : Tisane d'orge, juleps, cataplasme continuellement appliqué sur le bas-ventre, bains simples et entiers, plusieurs applications de sangsues à l'hypogastre, aux aines, à l'anus ; lavemens émolliens et légèrement purgatifs (miel mercurial, huile de ricin) ; régime diététique adoucissant et modéré. La malade n'éprouva point de mieux sensible, et voulut sortir douze jours après son entrée.

Voici un second fait de métrite chronique qui se distingue de celui qu'on vient de lire, en ce que l'inflammation paraît avoir été *spécifique* ou même *compliquée*. Lors de mon entrée en qualité d'interne, en 1829, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussy, je trouvai couchée au n° 14 de la salle Sainte-Monique, la nommée Ch..., âgée de vingt-sept ans, se disant couturière, mais que je reconnus pour être une fille publique, ayant eu occasion de la voir, l'année précédente, à l'hôpital des Vénériens. Elle m'avoua, en effet, être attachée à la police depuis neuf ans ; elle accoucha, en 1819, de deux enfans ; éprouva en 1820, époque où elle commença à faire métier de prostitution, une blennorrhagie qui fut traitée par la liqueur de VanSwiéten et les sudorifiques ; dans le courant de mai 1827, un sentiment de pesanteur se manifesta dans les lombes, les aines et les cuisses (métrite) ; en même temps la face devint d'un jaune paille. Pendant deux mois qu'elle resta à l'hôpital de la Charité, elle fut traitée par les bains, les applications de sangsues sur le col utérin, un régime et des boissons appropriés à son état ; elle sortit notablement soulagée, et recommença à avoir commerce avec les hommes. Elle fut envoyée à l'hôpital des Vénériens, en mars 1828 ; elle y resta deux mois ; des sangsues à l'hypogastre et sur le col utérin, des bains de siége, des cataplasmes, des boissons adoucissantes, formèrent la base du traitement auquel elle fut soumise. Elle s'offrit à nous dans l'état suivant : Couleur de la peau d'un jaune pâle ; amaigrissement ; insomnie ; constipation ; souffrance pendant la défécation ; douleurs dans les membres ; exaltation de la sensibilité générale ; quelquefois syncope ; sentiment de pesanteur sur le fondement ; tiraillements dans les aines et les lombes ; par le toucher, qui est douloureux, on constate l'augmentation de volume du corps de la matrice et du col, au centre duquel on trouve l'orifice peu dilaté ; aux époques menstruelles le sang sort, surtout par caillots. (Chiendent gommé, potion éthérée, six gr. de cynoglosse ; le soir, sangsues sur le bas-ventre, demi-bains, lavemens émolliens, sinapismes aux pieds.). Tels ont été les moyens employés jusqu'au commencement de mars. Depuis cette époque jusqu'à la fin d'avril, une douleur constante et forte, laquelle, fixée à l'épigastre, semblait sympathique de l'affection utérine ; une constipation opiniâtre ; des caillots de sang, qui paraissaient avoir distendu l'utérus, furent les seuls phénomènes remarquables. (Pot. gom., look blanc, cataplasmes, lavemens avec le miel mercurial.). La malade passa à la chirurgie le 22 avril ; elle fut examinée par M. Dupuytren, qui ne découvrit aucune lésion du col, mais qui pensa qu'il pouvait bien y avoir un polype dans la cavité de la matrice. Elle revint le 15 mai dans la salle de médecine ; elle éprouvait alors, depuis plusieurs jours, une métrorrhagie ; la constipation persistait ; la maigreur et la couleur jaune pâle de la peau avaient fait des progrès. (Limonade, lavemens avec la décoction de têtes de pavot et le laudanum.). Les jours suivans : des douleurs dirigées de haut en bas, comme celles de l'enfantement, la réapparition de la métrorrhagie à des distances variables, la persistance de la constipation, la pâleur, la faiblesse, l'insomnie, un plus grand développement de la matrice, nécessitèrent l'emploi de lavemens avec le miel mercurial ; injections et applications froides, injections de morelle et de têtes de pavots, pilules d'un quart de grain d'acétate de morphine, eau de Seltz. La ma-

(1) Telle que l'extirpation de la matrice.

lade sortit volontairement, non guérie, le 10 juillet 1829 : depuis il ne m'est parvenu aucun renseignement sur son état.

Les diverses formes du cancer utérin peuvent aussi avoir une marche lente ou stationnaire ; en d'autres termes, rester à l'état chronique ; en voici des exemples : Le 26 mai 1829, une femme, âgée de cinquante-trois ans, veuve, ayant eu douze enfans, tous bien portans (le dernier en 1822), se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu ; il y avait constipation depuis douze jours, amaigrissement, douleurs dans les reins et les cuisses, mais non pas à l'hypogastre ; on reconnaissait par le toucher plusieurs tumeurs dures, inégales, non douloureuses, disposées de manière que le col utérin semblait présenter trois lèvres séparées par des scissures ; le mal semblait se prolonger beaucoup entre ces tumeurs et le côté gauche du vagin, en touchant par le rectum, on trouvait le corps de la matrice très-développé, non sensible à la pression, pesant sur l'intestin et occasionnant la constipation; il se faisait un écoulement sanguinolent et sanieux, que la malade faisait remonter à la fin de 1828. Les moyens de traitement furent surtout dirigés contre la constipation. (Tisane de chiendent, huile de ricin, juleps, lavemens avec miel mercurial, etc.). La malade sortit dans le même état, au commencement d'août 1829.

Il peut en être de même lorsque le cancer affecte la forme ulcéreuse : Une femme mariée, âgée de quarante-deux ans, lingère, avait eu cinq enfans, tous venus au monde facilement, le dernier en 1824 ; elle n'accusait aucune cause de maladie, si ce n'est le chagrin d'avoir perdu une petite fille, lorsque, vers le mois de janvier de l'année 1829, elle commença à ressentir des douleurs dans les lombes, les cuisses, de la pesanteur sur le fondement; les règles s'arrêtèrent; deux mois après il se manifesta un écoulement sanguin qui s'arrêta et reparut à diverses reprises, et finit par devenir continuel et de couleur roussâtre. Elle ne subit aucun traitement énergique jusque vers la fin d'avril 1829, époque à laquelle elle entra à l'Hôtel-Dieu ; voici ce que j'observai alors : insomnie, inappétence, constipation ; le toucher fait reconnaître que le col est gonflé et détruit en partie par une *ulcération qui s'étend vers l'intérieur de la matrice;* le toucher n'occasionne point de douleur, mais provoque un peu d'écoulement de sang. Les jours suivans, l'écoulement sanguin et brunâtre continua ; il en fut de même des douleurs sympathiques et de l'insomnie, et la malade sortit dans le courant de mai, à peu près dans le même état. (La tisane de chiendent, les juleps, les pilules avec l'acétate de morphine, les injections avec la décoction de morelle et de têtes de pavots, un régime adoucissant, furent la base du traitement suivi à l'Hôtel-Dieu.).

Mais c'est surtout lorsque la maladie siége dans les dépendances de la matrice, que sa marche est insidieuse et chronique. Voici un cas de ce genre où l'ovaire a paru être affecté (1) :

(1) J'ai recueilli cette observation en 1826, à la clinique interne de la Charité, salle Sainte-Magdelaine. Ce service se trouvait alors momentanément confié à M. de Kerkaradec, agrégé de la Faculté.

La nommée Sav...., âgée de trente un ans, née et domiciliée à Paris, entra à la clinique de la Charité, le 22 juin 1826, présentant un développement considérable de l'abdomen ; quelque temps auparavant elle avait éprouvé des douleurs vagues dans la région lombaire du côté droit ; ce fut le 10 juin 1826 que la tumeur abdominale se déclara tout-à-fait, au moment où la malade urinait. On lui appliqua pour toute médication, depuis cette époque jusqu'au 22 juin, jour de son entrée à l'hôpital, une cinquantaine de sangsues, à diverses reprises, sur le ventre. Cette application ne produisit aucun effet. Des douleurs dans la région abdominale, et de la difficulté en urinant, accompagnèrent dès le début cette affection ; les règles ayant paru sitôt l'arrivée de la malade, empêchèrent d'entreprendre de suite une médication énergique ; en attendant, la tisane de lin avec le sirop de gomme, un mélange de ℥ iij de fleurs d'oranger avec le sirop gommeux, dans ℥ iv d'émulsion nitrée ; des onctions huileuses sur le ventre, lui furent administrés ; elle fut mise aux bouillons. Le 27, douze sangsues lui furent appliquées au fondement, et produisirent du soulagement ; à cette époque les règles avaient cessé. A dater du 2 juillet, elle prit des bains tous les deux jours ; jusqu'au 20 il ne se présenta rien de remarquable, et elle continua à aller de mieux en mieux, c'est-à-dire que les douleurs diminuèrent presque entièrement ; mais la tumeur abdominale parut peu souffrir de diminution. Vers le 23 elle augmenta un peu, surtout dans la région ombilicale ; quinze sangsues furent appliquées à l'anus, quinze autres, le lendemain, furent mises autour de l'ombilic ; cependant la diminution ne fut pas très-marquée. L'origine de la tumeur, et des douleurs qui avaient commencé dans le côté droit de la région iliaque droite, avaient fait soupçonner que l'hydropisie pouvait bien avoir son siége dans l'ovaire du même côté. L'obstination de la malade à vouloir sortir, ne mit pas à même de pouvoir mieux établir le diagnostic. Elle sortit, en effet, le 18 septembre suivant, ennuyée, disait-elle, de n'éprouver aucun changement dans son état ; elle promit de revenir donner de ses nouvelles, mais on n'en entendit plus parler. Outre les moyens de traitement dont il a été parlé plus haut, on avait encore administré des purgatifs, des diurétiques, le tartre stibié à la dose progressive de vj à xviij grains, mais sans amélioration sensible.

III. Lorsque les maladies dont il est question font des progrès au lieu de rester chroniques, ou bien lorsqu'elles font des progrès après avoir été pendant long-temps stationnaires, il survient des accidens divers, et le plus souvent la mort termine la maladie.

Un accident assez commun pendant la durée des maladies des organes internes de la génération, chez la femme, est l'œdème des membres inférieurs et la dilatation des veines des parois abdominales : ainsi à la fin de janvier dernier il existait, dans le service de M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu, plusieurs femmes atteintes d'affection chronique de l'utérus et de l'ovaire. Chez l'une, il y avait un œdème du membre inférieur gauche ; chez une autre, une très-grande dilatation des veines qui rampent à la surface externe de l'abdomen.

Un autre phénomène secondaire non moins fréquent, c'est l'ascite : j'ai rapporté un cas de ce genre dans le *Journal*

de la Société de Médecine de Paris, rédigé par M Gendrin; la matrice contenait une tumeur squirrho-fibreuse.

J'en ai consigné un autre dans le *Journal hebdomadaire de médecine*. Voici un troisième fait de ce genre, que je trouve dans mes notes :

Une femme veuve, âgée de cinquante-deux ans, avait eu trois accouchemens faciles; ses règles avaient cessé en 1826; elle avait toujours été bien portante jusqu'en juin 1828, époque à laquelle il lui survint, dit-elle, une ascite, sans qu'elle en connût la cause; elle se rappela cependant avoir reçu un violent coup de poing dans le bas-ventre; elle resta près de onze mois sans faire aucun traitement; mais sa respiration se trouvant gênée par le développement du ventre, elle se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu, où on lui administra des tisanes diurétiques, après l'opération de la paracentèse, qui permit de constater un grand nombre de tumeurs dans la cavité abdominale. Sortie de l'Hôtel-Dieu, elle y rentra de nouveau le 6 août 1829, dans un état de suffocation imminente; je pratiquai la ponction sur le côté droit; la distension du ventre était excessive; cependant je ne retirai que dix à douze litres d'un fluide *oléagineux*; cette évacuation me permit ensuite de constater la présence, 1° d'une tumeur du volume de la tête d'un adulte, dans la région hypogastrique, siégeant dans la matrice; 2° de deux autres tumeurs plus petites, situées chacune à droite et à gauche de la première, et occupant probablement les ovaires; 3° d'une troisième tumeur qui était située au-dessus de la plus volumineuse, et que sa résistance à la pression fit regarder comme kysteuse. En outre, les urines étaient rares; il y avait de la constipation; au toucher, le col utérin paraissait dans l'état naturel. Il survint un gonflement œdémateux de tout le membre inférieur gauche et de la vulve. La tisane de chiendent, un bandage compressif autour du ventre, des purgatifs, les frictions sur le membre, avec la teinture éthérée de scille et de digitale, furent les moyens qu'on opposa à cette maladie. La malade sortit volontairement quinze jours après son entrée, ayant un pressant besoin d'une nouvelle ponction.

Par suite des progrès de la maladie, non-seulement le col et le corps de la matrice peuvent être détruits en partie, mais encore les organes ou tissus voisins peuvent être affectés consécutivement : ainsi il peut y avoir perforation de la vessie, épaississement et engorgement squirrheux du tissu cellulaire de l'excavation pelvienne. J'ai recueilli en 1829 une observation de ce genre..

Le rectum, le vagin et la vessie forment quelquefois un véritable cloaque, les cloisons qui séparent ces cavités étant détruites. Le n° 41, t. VIII, de la *Lancette française*, en renferme un exemple : Le vagin ne laissait de traces de son existence qu'à la vulve. Le rectum ne se reconnaissait qu'à son ouverture sur le côté de la symphyse sacro-iliaque gauche. Le bassin ne formait plus qu'un cloaque où venaient s'ouvrir le rectum et les uretères, sur le bord du détroit supérieur.

J'ai observé en 1828, à l'hôpital Saint-Louis, un cas dans lequel, outre la destruction des parois respectives de l'intestin, du vagin et de la vessie, l'affection cancéreuse s'était propagée aux nerfs sacrés, qui étaient squirrheux, cartilagineux, osseux même dans quelques endroits : Cette altération des nerfs avait donné lieu à une sciatique incurable. Il se fit un épanchement de matière sanieuse dans le péritoine, par une ouverture au fond du cul-de-sac qui se trouve entre la vessie et la matrice.

On a encore vu, dans ces cas, la perforation de la matrice et d'une partie du canal intestinal, par suite d'adhérences établies entre ces organes. Ainsi M. Chomel a montré, dans sa leçon du 24 mars dernier, une pièce prise dans le service de M. Husson, où l'on voyait la matrice perforée à son bas-fond, ainsi qu'une portion d'anse de l'intestin grêle, ces parties étant adhérentes. Cette double perforation avait donné lieu, pendant la vie, à l'évacuation, par l'utérus et le vagin, d'une bouillie sanieuse.

IV. Enfin il est des cas, bien rares à la vérité, dans lesquels la maladie s'améliore d'une manière non équivoque, sous l'influence d'un traitement rationnel et méthodique, sans doute aussi avec le temps et les forces de l'organisme; en voici un exemple : Madame H...., âgée de quarante-huit ans, forte, d'un tempérament sanguin, ayant eu neuf enfans, dont trois seulement sont vivans, sujette aux emportemens et aux chagrins, fut prise de douleur au foie, avec ictère général, en octobre 1828, après avoir éprouvé un violent accès de colère : des sangsues sur la région du foie, des tisanes émollientes et nitrées, des lavemens adoucissans et des bains de siége, la soulagèrent un peu. Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 1er décembre suivant, elle fut soumise à notre observation. outre les symptômes dont il vient d'être question, et contre lesquels on administra des tisanes nitrées, des purgatifs, un vésicatoire volant sur la région du foie, elle était encore affectée d'un *prurigo formicans*, qui céda à l'usage de bains alkalins; la malade, s'ennuyant à l'hôpital S.-Louis, se fit recevoir, le 21 janvier 1829, à l'Hôtel-Dieu, où je pus l'observer de nouveau.

L'ictère était moins prononcé, mais la tuméfaction persistait dans la région hépatique; dans la région hypogastrique, on trouvait la sensation d'une tumeur volumineuse, fort mobile, tumeur dont le développement, précédé d'une inflammation du bas-ventre, avait commencé cinq ans auparavant, au dire de la malade; depuis la même époque elle avait eu de fréquentes métrorrhagies; une pression même forte, exercée sur la tumeur, n'occasionait point de douleur; en touchant par le vagin on trouvait le col légèrement gonflé, l'orifice dans son état naturel, et en portant le doigt dans le rectum, on constatait facilement que la tumeur était constituée par le corps même de la matrice. La malade fut mise à l'usage de la tisane de saponaire et de pilules composées de savon médicinal et d'extrait de pissenlit.

Au bout de douze jours de ce traitement, il survint du dévoiement, et par suite un amaigrissement considérable et de l'œdème des membres inférieurs : aussi les moyens indiqués plus haut furent-ils remplacés par les suivans : riz gommé, juleps, lavemens émolliens laudanisés et amilacés, diascordium, etc. Ce fut dans cet état que la malade sortit le 18 avril, pour se rendre à Versailles et respirer l'air de la campagne. On lui conseilla de faire un exercice modéré, de suivre un régime adoucissant, d'user de bains et de tisanes nitrées. J'eus occasion de la revoir environ deux mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu; l'enflure des jambes avait beau-

coup diminué, l'appétit était revenu, la teinte ictérique était à peu près complétement dissipée. Enfin je la revis deux ans plus tard, et pus m'assurer du retour de l'embonpoint, de la disparition de l'enflure des extrémités inférieures, de la diminution même de la tumeur hypogastrique. Il est remarquable que, vers la fin de l'année 1831, elle avait eu des vomissemens aqueux très-abondans.

V. Pour prévenir les accidens et la mort, inséparables de l'état squirrheux, cancéreux, de la matrice et de ses dépendances, peut-on rationnellement recourir à l'extirpation de ces organes? l'expérience dit oui, dans quelques cas. Chacun sait avec quel succès les ménagères, dans les campagnes, enlèvent les ovaires des animaux. Tout le monde connaît les tentatives faites en France par M. Récamier, et les nombreuses modifications à son mode d'opérer, proposées par des confrères habiles. A ce sujet, j'ajouterai encore ce qui suit :

L'extirpation de la matrice a été pratiquée par Sautel, en janvier 1822 : la malade mourut cinq mois après l'opération. Elle a encore été faite par le docteur Bellini, de Rovigo : mais, outre le cancer, il y avait chute de la matrice, ce qui rendait le cas beaucoup plus facile. Il y eut une forte hémorrhagie, qu'on arrêta au moyen des styptiques et des astringens. La malade sortit guérie au bout de onze jours. Elle a encore été pratiquée quatre fois (une seule fois avec succès) par M. Blundell, professeur d'accouchemens à l'hôpital de Guy, à Londres.

Le professeur Langenbeck en a aussi fait l'extirpation au-dessus du pubis, sur une femme qui avait des endurcissemens squirrheux sur les côtés du vagin, avec ramollissement de l'utérus et métrorrhagie abondante : la malade mourut le lendemain. Peu de temps après il pratiqua l'extirpation de l'organe par le vagin.

THÈSES DE LA FACULTÉ DE PARIS.

—

Revue du trimestre de l'année scholaire 1833-1834.

PATHOLOGIE INTERNE.

Dans l'examen des nombreuses dissertations présentées à la Faculté pendant le trimestre passé, nous croyons devoir procéder par ordre systématique, et cela dans le but de faire mieux apprécier la marche et les progrès de l'art dans ses branches diverses. Un de nos collaborateurs présentera l'esquisse des thèses relatives à ces questions générales, qui constituent la philosophie de la science; un autre examinera les sujets chirurgicaux; à moi se trouve dévolue la médecine proprement dite : dans cette catégorie, j'établirai un ordre physiologique, qui facilitera le parallèle des productions sur le même sujet, parallèle d'où surgiront peut-être d'utiles leçons, eu égard à la prééminence relative des idées actuellement en présence, et qui divisent le monde médical. Bien qu'une thèse pour le doctorat puisse être considérée, le plus souvent, comme une œuvre sans conséquence, par cela qu'elle est obligatoire, il n'en est pas moins vrai que la production de l'élève réfléchit ordinairement la doctrine du maître; doctrine partagée par un certain nombre d'auditeurs qui, bientôt, iront en faire l'application aux populations soumises à leur tutelle médicale.

Commençons par les généralités : dans ses *propositions* d'anatomie, de physiologie et de pathologie, M. Loir examine le mode d'union de la dure-mère rachidienne avec les parois du canal osseux, et dans le peu d'adhérence de cette membrane dans la plus grande partie de son étendue, il voit une disposition adaptée à la mobilité dont elle a besoin dans les grands mouvemens du rachis. Sur trente-cinq calculs urinaires, quatre ont été rencontrés dans les reins, tous formés d'oxalate de chaux, trente dans la vessie, un dans l'urètre, du volume d'un œuf d'oie, distendant le scrotum et qui n'entravait pas l'écoulement des urines. De ses observations sur les calculs biliaires l'auteur est porté à conclure que l'obésité, la vieillesse et le sexe féminin y prédisposent. Les analyses chimiques des calculs sont la partie la plus remarquable de cette thèse, dont le reste consiste en propositions sur divers points de médecine et de chirurgie.

La thèse de M. Gossement: *Influence de la température sur les principaux organes du corps humain*, est largement conçue, remplie de faits et de raisonnemens basés sur la saine physiologie.

La dissertation de M. Lefebvre, sur la *vision*, contient des calculs algébriques tendant à prouver que le foyer de la vision, quelle que soit la distance des objets, est toujours très-voisin de la rétine, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'admettre un changement de forme dans l'organe, selon ces distances.

M. Dauzat a formulé une centaine de *propositions de médecine*, dont les plus remarquables sont relatives à la pathogénie des hydatides.

La thèse de M. Tavernier : *Quelques réflexions sur l'anatomie pathologique*, sans contenir rien de neuf, est un bon plaidoyer en faveur de l'école anatomique. Il arrive à cette conclusion, que les lésions matérielles des tissus seraient la meilleure base d'une classification nosologique.

M. Rampont a tracé l'histoire de l'*infection purulente*. On est étonné d'y trouver des passages de Morgagni, qui constatent que cet illustre anatomiste avait, sur cette affection, des idées aussi nettes que celles que nous nous en faisons aujourd'hui. L'auteur admet la double origine par phlébite et par simple absorption purulente; cependant il considère la phlébite comme le plus souvent consécutive à l'irritation occasionée par le contact du pus. La thérapeutique n'offre malheureusement que des ressources bien incertaines. Cette thèse est un bon résumé sur la matière.

Passant à la pathologie spéciale, nous trouvons d'abord une thèse de M. Dufour, sur la *gastralgie*, qu'il signale comme une des causes les plus puissantes de l'hypochondrie. Dans sa dissertation sur le même sujet, M. Bourion présente la diète trop sévère comme une cause de gastralgie.

Le travail de M. Mounier, sur les *calculs biliaires*, ne présente rien de neuf. Nous en dirons autant de la thèse de M. Pic, sur la *néphrite*; celle de M. Millaud-Gonod, sur la *péritonite puerpérale*, est fort incomplète.

La thèse de M. Sauvé sur la *diphtérite*, contient quelques observations en faveur du traitement antiphlogistique. Les dissertations de MM. Huart et Gauzence, sur la *pneumonie*, ne présentent rien de remarquable : tous deux recommandent les saignées répétées. M. Himely est auteur d'un travail sur l'*emphysème pulmonaire*, très-remarquable sous le rapport de l'anatomie pathologique et du diagnostic ; c'est un résumé de la clinique de M. Louis sur ce genre de lésion, qui constitue une des variétés les plus communes de l'asthme : ce travail se refuse à l'analyse. Nous adresserons les mêmes éloges à la thèse de M. Viger Devarennes, sur les *perforations du poumon ;* c'est une véritable monographie, pleine de faits et enrichie d'observations curieuses, recueillies avec cette multitude de détails à laquelle l'école anatomique attache tant d'importance. Le travail de M. Balbavie, sur le *goître*, n'éclaircit pas la nature de cette singulière affection ; mais la partie thérapeutique est traitée avec soin, sur-tout en ce qui concerne l'administration de l'iode. Nous n'avons rien à dire des thèses de MM. Pontoire et le Hénaff, sur l'*hypertrophie du cœur*. Celle du dernier représente assez bien l'état actuel de la science.

Nous arrivons à la thèse volumineuse de M. Rey (112 pages), sur la *pathogénie de l'axe cérébro-spinal*. Ce travail, écrit avec chaleur, et semé d'aperçus fins et originaux, commence par quelques aperçus d'anatomie générale sur le système nerveux central. L'auteur appartient à l'école anatomique pure. De ce que des lésions ne sont pas appréciables, il faut ne pas conclure à la négative ; car il y a dans les altérations organiques la *qualité* et la *quantité*. Puis commence une série d'observations narrées d'une manière piquante et analysées avec sagacité ; elles ont pour but de démontrer que certaines lésions externes retentissent sur le système nerveux, et que les prétendues *névroses* sont souvent dues à des lésions matérielles, qu'il n'est pas impossible de découvrir. Plusieurs de ces observations sont relatives à des maladies de la moelle épinière, et accompagnées de réflexions judicieuses sur le mécanisme des altérations secondaires. Suit une observation de kyste du col, guéri par l'inflammation du sac. Puis ce cas d'empalement par les voies sexuelles, chez une jeune fille, reproduit par plusieurs journaux. Vient un tableau des fractures, traitées à l'hôpital de Bordeaux, pendant un trimestre, suivi de faits intéressans et de considérations instructives sur ce genre de lésions. On voit que ce travail dévie un peu de son titre : ce sont des *miscellanées*, c'est une sorte de macédoine d'un intérêt soutenu, et dans laquelle percent l'imagination vive et l'esprit philosophique de l'auteur, dont les idées ne sont pas toutes à l'abri de la contestation.

Une des thèses les plus sagement écrites, est celle de M. Rampont, sur l'*encéphalite*. L'auteur ne conçoit les symptômes fonctionnels cérébraux qu'avec lésion de l'encéphale lui-même. Les lésions chroniques de l'encéphale, le ramollissement blanc en particulier lui paraissent le résultat de la phlegmasie. La folie qui présente, à l'état apyrétique et chronique, les phénomènes caractéristiques de l'encéphalite aiguë, n'est qu'un résultat d'encéphalite chronique. Les causes et les symptômes sont analysés avec soin. Les principes thérapeutiques sont déduits avec discernement : le traitement antiphlogistique et les dérivatifs externes en font la base. Les dérivatifs internes sont souvent dangereux. D'excellens préceptes de détail sont exposés par l'auteur, qui appartient à l'école physiologique pure.

La thèse de M. Lepourry, sur la *variole*, n'offre de remarquable que des considérations historiques sur l'origine de la maladie, qu'il croit spontanée et non importée. Le seul caractère distinctif de la variole et de la varioloïde est, selon l'auteur, l'absence de fièvre de suppuration dans la seconde.

MM. Bachelot et Delanessan ont traité du *rhumatisme ;* leur travail, assez bon comme classique, ne contient rien de particulier à noter. Autant nous en dirons des thèses de MM. Lebreton et Gignac, sur l'*aménorrhée*. M. Touret définit assez rationnellement la *chlorose* : une altération du sang dans ses propriétés physiques, chimiques et vitales ; altération soit primitive, soit résultant du trouble d'une autre fonction, et dont l'effet est un état asthénique général. On pressent que les ferrugineux sont pour lui le remède par excellence. Cette petite thèse est fort bien conçue. Celle de M. Salmade, sur la *leucorrhée*, contient aussi des préceptes sagement combinés ; mais nous craignons qu'il n'ait pris des écoulemens blennorrhagiques pour des leucorrhées aiguës, erreur d'ailleurs si facile à commettre ; car nous n'admettons pas comme lui que la blennorrhagie, chez les femmes, ait son siége principal dans l'urèthre : dans tous les cas le traitement ne peut en souffrir. M. Ledieu cherche à prouver la non existence du virus vénérien ; ce qui n'empêche pas que les affections dites syphilitiques, n'aient une physionomie particulière et un traitement particulier qui, dans la plupart des cas, réussit mieux que tous les autres. Nous remarquons, dans ce travail, deux observations authentiques de blennorrhagies par l'usage de la bière et par l'ingestion des cantharides.

MM. Lamoche et Tartas se sont chacun exercés sur l'influence des *marais*. Tous deux admettent l'altération primitive du sang comme cause des maladies engendrées par le miasme marécageux. Dans une thèse fort bien raisonnée, sur l'*intermittence*, M. Cowan, procédant par voie d'exclusion, établit que ce phénomène est spécial au système nerveux dans l'ordre physiologique et que, par conséquent, toutes les fois qu'elle se manifeste dans l'état morbide, c'est au système nerveux qu'il faut la rapporter. Les fièvres intermittentes peuvent donc être considérées, dans leur essence, comme des lésions primitives ou secondaires de l'axe cérébro-spinal dont l'affection réagit sur le système circulatoire. Les phénomènes de calorification (froid et chaleur) émanent probablement de l'innervation. Les névralgies n'en diffèrent que par l'absence de réaction du système circulatoire, et la médication propre aux fièvres intermittentes vient encore à l'appui de cette théorie. Ce travail est bon à consulter sur la matière. MM. Filhouiaud et Jore ont traité de la *fièvre intermittente*. Le travail de ce dernier est remarquable par quelques considérations relatives à cette maladie, observée dans les pays chauds. La thèse de M. Taburet est relative à la fièvre *intermittente pernicieuse* de Madagascar. Ce travail d'un chirurgien de la marine offre un intérêt particulier aux médecins navigateurs qui visiteront ces parages.

En intitulant sa thèse, de l'*entérite typhoïde*, M. Bougot exprime son opinion sur cette maladie : inflammation intes-

tinale avec empoisonnement du sang, par émanations délétères. Ce travail est l'expression pure des idées de M. Piorry sur ce sujet; de même que celui de M. Sicre, sur l'*affection typhoïde*, est l'expression de la doctrine de M. Chomel : médecine du symptôme, apologie des chlorures. La dissertation de M. Durst, sur la *fièvre typhoïde*, est écrite sous la même inspiration; mais il affecte encore plus de scepticisme à l'égard du traitement. Ces trois médecins considèrent l'altération des plaques de Peyer comme le caractère pathognomonique de la maladie.

Pour M. Thomas, la *fièvre jaune* est une gastro-hépato-céphalite, c'est assez dire que le traitement fondamental repose sur les antiphlogistiques (sangsues en grand nombre) suivis de l'emploi des dérivatifs externes. A part la théorie, quinze ans de pratique justifient sa confiance dans cette médication, à laquelle, par expérience personnelle, nous donnons aussi la préférence. Bien entendu que M. Thomas, comme tous ceux qui ont vu de près la fièvre jaune, est anticontagioniste.

La thèse de M. Crescent, sur l'*hygiène des nouveau-nés*, renferme de bon conseils, qui ne sont pas nouveaux. Celle de M. Pillore, sur *quelques maladies des nouveau-nés et des vieillards*, contient des aperçus intéressans; c'est ainsi qu'il signale une arthrite et une otite interne purulente chez les nouveau-nés, affections qui passent inaperçues pendant la vie. Il donne des détails sur l'emphysème pulmonaire chez les veillards, emphysème signalé, dans ces derniers temps, comme cause de mort subite. Il rapporte aussi des exemples de mort avec symptômes apoplectiques, sans lésion cérébrale appréciable. M. Journé, mettant en parallèle la *saignée* et les *préparations d'antimoine*, présente celles-ci comme pouvant suppléer celle-là dans les cas où les évacuations sanguines ne peuvent être supportées, soit par le fait d'une idiosyncrasie particulière, soit qu'on craigne une convalescence longue et difficile, chez un sujet débilité. On pressent que c'est surtout de la pneumonie dont il s'agit; mais l'auteur n'émet, à cet égard, que des assertions générales.

Les considérations de M. Luisia, sur quelques *solanées*, sont une compilation sur les propriétés de la belladonne, du datura stramonium et du tabac.

Enfin, le dernier travail dont nous ayons à parler est celui de M. Beaumont, sur la *topographie médicale du fort de Bakel*, dans la rivière du Sénégal; travail dont l'analyse n'offrirait que peu d'intérêt à nos lecteurs.

Si, de l'ensemble des travaux de la génération qui s'élève, nous voulons déduire des conséquences, relativement aux doctrines dominantes dans l'École de Paris, nous reconnaîtrons malheureusement le schisme qui signale une époque de rénovation; mais, à travers ces manifestations de solidisme, d'humorisme, de physiologisme et d'empyrisme, nous sommes obligé de reconnaître que l'étude des lésions matérielles est le mobile commun, la base univoque de toutes les investigations pathologiques; et, si le vitalisme est parfois invoqué, c'est toujours comme effet ou conséquence de l'organisation dont l'esprit logique et progressif de notre époque ne peut songer à le séparer. F.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Les thèses de chirurgie sont très-variées. Il n'en est pas de même pour les accouchemens : sur quatre, qui sont soumises à mon examen, trois traitent des hémorrhagies utérines. On voit par là que cet accident frappe l'attention des élèves comme celle des praticiens. Un des auteurs a exprimé l'importance de son sujet par cette phrase de Mauriceau, qu'il a choisie pour épigraphe : *Le sang est le trésor de la vie.*

Des thèses de chirurgie proprement dite, la plus remarquable est due à un Anglais, S. John Avery. Il est question de la *réunion immédiate dans toutes les amputations des membres*. L'auteur sortant d'une école où ce mode de pansement est en grand honneur, s'étonne de le voir presque abandonné dans les hôpitaux de Paris. M. Avery cherche la cause de la dissidence qui existe à ce sujet entre les célébrités d'outre mer et les nôtres. Partout l'auteur se montre avec une supériorité de talent et un choix de faits qui feront pâlir les antagonistes de la *réunion immédiate*. Je dis les antagonistes, peut-être à tort; car, à bien considérer, il y a seulement indifférence de la part des chirurgiens de Paris. Je ne sais pourquoi ils ne voient pas que cette question est vitale, et que de sa solution dépend le sort de presque tous les amputés. Et cependant cette indifférence devra disparaître un jour; car il existe un fait bien général, bien reconnu et bien grave; c'est la mortalité effrayante qui porte sur les amputés, surtout dans un des plus grands hôpitaux de Paris. Il faut donc s'enquérir de la cause de ces insuccès. Je sais que le climat de Paris n'est pas favorable aux blessés, je sais que leur agglomération est aussi une mauvaise condition pour eux; de plus le peuple de Paris vit mal, se loge mal et travaille beaucoup; mais on vous répond qu'à Lyon, qu'à Londres ces conditions ne sont pas plus favorables et que, dans ces deux grandes villes, une amputation n'est pas aussi souvent funeste qu'à Paris, il s'en faut de beaucoup. Si c'était le mode de pansement qui établit cette grande différence, il faudrait le changer et adopter la réunion immédiate, non pas dans tous les cas, mais dans le plus grand nombre. M. Avery n'a laissé échapper aucune objection; et pour cela il suit une marche que j'ai déjà tracée dans un travail inséré dans la Clinique des hôpitaux. L'auteur passe en revue tous les accidens qui peuvent survenir après les amputations, et il prouve que, par la réunion immédiate, on peut les éviter. Ainsi la douleur extrême, l'hemorrhagie, la résorption purulente, la phlébite, etc. Une objection qui a paru forte à quelques chirurgiens, est celle-ci : si vous réunissez immédiatement, après une amputation nécessitée par une maladie ancienne; par exemple, une carie, vous enlevez subitement une habitude à l'économie; vous lui supprimez un exutoire. M. Avery prouve que les faits répondent à cette objection qui a été puisée, selon lui, dans une fausse analogie. On a comparé, dit-il, une maladie chirurgicale ancienne à un exutoire; mais, voyez la différence. L'exutoire naturel, accidentel ou artificiel, est un bienfait pour celui qui le porte, il lui doit sa santé. Mais la carie, la lésion chirurgicale pour laquelle vous allez amputer, a une influence toute contraire;

c'est elle qui épuise le malade et qui réagit sur les viscères d'une manière funeste. Somme toute, la thèse de M. Avery est digne de tenir un premier rang dans les collections.

M. Masson a traité des *tumeurs de l'aîne*. Ce sujet était très-difficile, puisqu'il fallait faire quelque chose de mieux que ce qui est imprimé dans le Dictionnaire de médecine. Il n'y avait pas impossibilité, car l'article en question est loin d'être parfait; mais il faillait à M. Masson une expérience qu'il acquérer a sans doute, car son *essai*, quoique un peu au dessous du sujet, révèle un homme qui travaille et qui pense.

M. Regard est chirurgien militaire; il a traité du tétanos, il a cité beaucoup M. Larrey. Voici d'ailleurs son opinion sur cette terrible maladie : « Je n'hésite pas à établir que le « tétanos est le résultat d'une inflammation; que cette in- « flammation a son siége dans le nevrilème des nerfs, dans « la moelle épinière et surtout dans les membranes. » Hé bien! même après avoir lu la thèse de M. Regard, si on me demandait ce que c'est que le *tétanos*, j'hésiterais encore.

M. Faisan est de la Haute-Garonne : il a traité un sujet banal, l'érysipèle, il est membre de la Société phrénologique, il a choisi cette épigraphe : *Le médecin ne doit voir dans l'homme que des organes et des fonctions.* Je ne vous en dirai pas davantage sur M. Faysan.

M. Apostoli a eu à secourir sa mère affectée d'une hernie crurale étranglée; M. Apostoli a dû faire sa thèse sur la hernie crurale. L'auteur n'a pas le temps de traiter toute la question; il se borne à éclaircir quelques points de diagonostic et à présenter une *méthode particulière* de réduire les hernies sans *opération sanglante* : « il parle aussi de la « conduite du chirurgien dans les cas d'excision de l'épi- « ploon, après la herniotomie, circonstance qui s'est ren- « contrée dans le cas de sa mère, dont il rapporte l'obser- « vation. » (Avant-propos).

Vous saurez que cette méthode *particulière* de réduire les hernies, est une méthode très-ancienne, qui consiste à renverser le plan incliné formé par le diaphragme, en plaçant le bassin de manière à ce qu'il soit plus élevé que la poitrine et la tête. Il est déplorable de voir de jeunes chirurgiens ayant quelque avenir, donner pour nouvelles des méthodes décrites même dans des ouvrages élémentaires; mais il est plus pénible encore de les voir s'efforcer à trouver, dans Sprengel, des méthodes qui ont pour base l'*anatomie chirurgicale*, science qui vient à peine d'être commencée. Ainsi le principe du *débridement multiple* est une conséquence des recherches faites sur la distribution des vaisseaux qui entourent les orifices les divers conduits de l'économie; du temps de Sprengel, quelles notions précises possédait-on sur les rapports dont il est question? Scarpa avait-il écrit ses belles pages, avait-il buriné ses admirables planches? Les Dupuytren, les Roux, les Béclard, etc., etc., tous ces hommes de notre époque avaient-ils jeté les premières bases anatomiques d'une médecine opératoire tout-à-fait positive? Non. D'ailleurs M. Apostoli confond *scarification* avec *débridement* : il peut alors confondre une époque avec une autre et donner au moyen âge une méthode qui nous appartient et, par compensation, enrichir notre époque d'une pauvreté des siècles passés.

M. Pautrier, de Barcelonnette, a fait un *essai sur les lipomes* qui pouvait se dispenser de l'épigraphe modeste qui est en tête de ce travail.

M. Castiau jette *un coup d'œil* sur la gangrène dite spontanée. L'anatomie pathologique est traitée avec soin, mais la partie réellement chirurgicale est peut-être trop négligée. Ici la question des amputations se présentait, et c'était le cas de discuter largement les indications et les contre-indications. Faut-il n'amputer qu'après l'apparition du cercle inflammatoire? Existe-t-il des cas où, même pour une gangrène spontanée, il faut opérer avant la formation de cette limite? L'auteur dit bien que c'est après la formation du cercle qu'il faut amputer, ou si on a reconnu le point où existe l'obstacle au cours du sang et si la gangrène dépasse ce point. Mais dans ces mots ne se trouve pas la solution de la question : pour cela il eût fallu établir les signes qui indiquent la hauteur à laquelle les vaisseaux sont oblitérés. Quoi qu'il en soit la thèse de M. Castiau est remarquable en ce qu'elle résume parfaitement les travaux des Andral, des Cruveilhier, des Dupuytren, des Gendrin, des Bouillaud, etc., et ceux tout récens de M. François.

M. Moncourier est chirurgien du 35e régiment de ligne; il a fait sa thèse sur les plaies d'armes à feu.

M. Dautcourt est aussi du 35e régiment de ligne; il a écrit des considérations sur l'*inflammation de l'articulation fémoro-tibiale par causes externes.*

M. Dufrene-Chassaigne quoique sortant des hôpitaux militaires, a bien voulu faire une thèse sur la *fistule vésico-vaginale*. Ce travail est un abrégé de l'histoire de cette maladie : il contient un nouveau procédé fort ingénieux pour guérir cette dégoûtante infirmité. L'auteur a imaginé de rapprocher les bords de la division par deux espèces de râteaux qui seraient introduits séparément dans le vagin. Je suppose une fistule transversale; une partie de l'instrument accrocherait la lèvre postérieure, l'autre pièce saisirait la lèvre antérieure, on réunirait les deux pièces, et, par un mécanisme très-bien combiné, la première branche tirerait la lèvre postérieure en avant, tandis que l'autre porterait la lèvre antérieure en arrière. De là un affrontement exact et qui devient solide après qu'on a fixé les branches. Mais tout ce système est un peu lourd, peut-être gênerait-il beaucoup dans le vagin et déterminerait-il une phlogose qui entraverait la guérison. De plus, les crochets en métal irritent beaucoup trop et divisent les chairs avant même que l'adhésion des lèvres se soit opérée, quel que soit le procédé d'avivement qu'on ait suivi. Cependant, avec les modifications que l'auteur doit lui faire subir, cet instrument pourrait être d'une grande utilité, s'il était possible de guérir les fistules vésico-vaginales par les procédés directs; or, c'est ce que je nie. Les faits de guérison de fistules *réellement* vésico-vaginales, ces faits sont à revoir. Les malades surtout sont à revoir, car toujours il doit y avoir récidive. On sait ce que sont devenues les guérisons d'un professeur de Montpellier. D'ailleurs je dois traiter bientôt cette question, afin d'établir les bases sur lesquelles devra reposer ma nouvelle méthode, qui consiste à oblitérer le vagin. Tant qu'on ira chercher l'ouverture elle-même, de quelque manière que l'on s'y prenne, on échouera quand le bas-fond de la vessie aura été perforé. Il faut donc sortir de là, aban-

donner l'origine de la fistule et aller lui fermer la voie ailleurs.

M. Denglehem. *Considérations sur le traitement radical des luxations accidentelles anciennes.* Cette thèse contient l'exposé succinct des travaux nouvellement entrepris sur les luxations ; elle renferme des vues extrêmement justes et est écrite avec clarté. L'auteur a mis à profit les recherches récentes de MM. Sédillot et Malgaigne : il rapporte le fait de réduction d'un déplacement de l'humérus dans la fosse sous-épineuse, et cela un an et quinze jours après la luxation.

Les principes de traitement que l'auteur développe, peuvent être renfermés dans les propositions générales que voici : 1° dans les luxations accidentelles laissées sans traitement pendant une année au moins et souvent plus longtemps, l'extrémité articulaire de l'os luxé n'éprouve que de légers changemens dans sa forme et dans son volume ; 2° l'excavation artificielle qui reçoit cet os a rarement assez de profondeur pour opposer quelque obstacle à sa réduction; 3° cette cavité secondaire communique avec la cavité articulaire normale par une sorte de canal non interrompu. (Cette disposition anatomique doit être notée, car elle est fondamentale pour le traitement des luxations anciennes : sans son existence il y aurait bien moins de chances en faveur de la réussite); 4° les dimensions de ce conduit sont, en général, assez considérables pour laisser revenir facilement la tête osseuse déplacée à sa cavité primitive; 5° celle-ci n'éprouve pas ordinairement de modifications dans sa largeur et sa profondeur assez sensibles pour s'opposer à la rentrée de l'os luxé ; 6° enfin ce dernier n'est pas retenu dans son articulation accidentelle par des adhérences qui empêchent irrésistiblement la réduction (ceci est encore essentiel). « Avant d'aller plus loin, dit l'auteur, je m'empresse de « faire entendre que je n'applique ces conclusions qu'aux « luxations accidentelles non traitées qui n'ont pas été suivies d'une violente et longue inflammation des tissus « cellulaires. »

Voici maintenant comment M. Denglehem résume le traitement des luxations anciennes : 1° il faut préparer les articulations par des mouvemens souvent répétés et graduellement ménagés, afin de détruire les adhérences extérieures à la nouvelle articulation, de donner de la souplesse aux muscles et aux ligamens, et de faire en sorte qu'ils se prêtent aux extensions nécessaires pour lesquelles il faut parfois autant d'intelligence que de force ; 2° on doit aider ces mouvemens de l'usage de bains entiers ou locaux, de l'application de substances émollientes, de frictions huileuses ou narcotiques sur l'articulation malade ; 3° une large saignée jusqu'à syncope permet de profiter du relâchement général des muscles pour obtenir la réduction ; 4° il faut détourner l'attention du malade ; 5° ne pourrait-on pas, ajoute l'auteur, avoir recours au narcotisme, à l'ivresse ? Oui, mais on l'a déjà tenté, et sans beaucoup de fruit ; 6° le précepte de placer les forces extensives le plus loin possible de l'articulation luxée, afin d'en mettre les muscles dans le plus grand relâchement et de ne pas les comprimer pendant la réduction, n'est pas toujours supérieur aux avantages d'une extension directe ; 7° l'usage des poulies, trop négligé de nos jours, présente pourtant l'avantage d'une extension non saccadée, comme celle des aides, et qu'il est plus facile de graduer au gré de l'opérateur ; 8° les mouffles ne doivent toutefois être employées qu'avec la précaution d'en mesurer exactement l'effort par l'usage d'un dynamomètre ; 9° les extrémités articulaires ramenées à leur position primitive doivent être maintenues pendant quelque temps dans leurs rapports au moyen d'un bandage qui en assure l'immobilité; 10° les mouvemens qu'on fera exécuter à l'articulation rétablie doivent être peu étendus dans le principe, et successivement augmentés jusqu'au retour complet de toutes les fonctions du membre.

Je me borne à exposer les principes de l'auteur, qui représentent assez bien une tendance à l'exagération d'une chirurgie mécanique, qui a déjà beaucoup fait de mal. Mais un jour je reviendrai sur ce sujet dans un aperçu philosophique de l'état présent de la science.

Voilà ce qu'ont produit de plus remarquable les chirurgiens de la fournée du premier trimestre de l'année scolaire 1833 et 1834. Dans tout cela il n'y a qu'une thèse bien faite sur un point de doctrine, et nous la devons à un Anglais !

A. V.

N° DU 24.

HOTEL-DIEU. (*Service de M. Dupuytren.*) *Faits divers de chirurgie pratique et de médecine légale*; *par* MM. les docteurs Alexandre PAILLARD et MARX.

I. Ancienne amputation du pied suivant la méthode de *Chopart*. — Point de luxation du talon en arrière ; liberté entière des mouvemens.—Douleurs (prescription). Remarques sur l'amputation partielle du pied par la méthode de *Chopart*.

La nommée Lamiral, âgée de quarante et quelques années, vint consulter à l'Hôtel-Dieu, le 23 septembre 1833. Il y a huit ans une voiture, lourdement chargée, lui passa sur la partie antérieure du pied, lui écrasa les orteils et brisa comminutivement les os du métatarse. On ne jugea pas l'amputation nécessaire, et on essaya de la guérir sans cette cruelle ressource. Elle guérit en effet, mais en conservant des fistules nombreuses, résultat des portions d'os nécrosées ou cariées, laissées au milieu des parties molles vivantes. L'inflammation chronique constante et la tuméfaction des parties molles de toute la partie antérieure du pied, les douleurs, l'abondance de la suppuration, la déterminèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu, où M. Dupuytren lui pratiqua l'amputation partielle du pied d'après la méthode de Chopart. La malade guérit parfaitement bien et sortit de l'hôpital. Aujourd'hui 23 septembre elle revient, accusant des douleurs vives dans le talon et tout le long du mollet jusqu'au jarret. Aucun gonflement, aucune rougeur ne se font remarquer dans ces points. La douleur est regardée comme rhumatismale.

Prescriptions.—Couvrir le membre de flanelle. Frictions fréquentes sur toute son étendue avec du *baume nerval*, dans une livre duquel on aura étendu quatre gros de sous-acétate de plomb liquide.

Remarques. — Ce que cette malade présentait de plus

intéressant, c'était l'état du moignon. Voici quel il était : liberté entière des mouvemens, aucune luxation en arrière, point de douleurs, de gonflement, ni d'excoriation ; cicatrice très-solide et de bonne nature ; marche assez facile et peu fatigante. Toutes les personnes, présentes à la consultation, purent se convaincre, en voyant cette malade, combien sont exagérées et combien sont peu fondées, quelquefois au moins, les craintes exprimées par quelques praticiens sur les résultats de l'amputation du pied, suivant la méthode de Chopart, c'est-à-dire en ne conservant du pied que le calcanéum et l'astragale. En effet, ouvrons les auteurs et nous verrons que, dans la plupart, on a reproché à cette amputation dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne et calcanéo-cunéenne, d'entraîner à sa suite le renversement du talon, en arrière et, par là, l'impossibilité de la station. Cette assertion est très-certainement exagérée ; et sur les malades autres que la nommée Lamiral dont nous venons de tracer très-brièvement l'histoire, nous avons vu dans le moignon du pied, les mouvemens opposés de flexion et d'extension très-faciles et, chez plusieurs, la marche était tellement libre, qu'au premier abord on était loin de soupçonner toute l'étendue de la perte que les malades avaient éprouvée.

M. Blandin (*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*) dit avoir fait la même remarque. Il se demande si les résultats avantageux, qu'il a obtenus sous ce rapport, ne dépendent pas de la précaution qu'il a toujours prise de faire un petit lambeau dorsal, et de conserver une plus grande étendue des tendons fléchisseurs du pied. S'il en était ainsi, on conçoit combien il importerait de ne pas omettre de suivre exactement ce précepte.

II. De la carie et de la nécrose de l'extrémité inférieure du fémur.

Il existe une maladie qu'on ne trouve pas décrite dans les livres, qui est cependant assez commune, dont le traitement est difficile, quelquefois impossible, et dont les suites sont souvent très-graves : nous voulons parler de la *carie* et de la nécrose de l'extrémité inférieure du fémur sans altération de la partie articulaire de cet os qui entre dans la composition du genou. A l'occasion d'une malade qui s'est présentée dernièrement à la consultation, M. Dupuytren a donné les détails suivans sur cette maladie : il s'agissait de la nommée *Noirot*, jeune fille de vingt-quatre ans, habitant la campagne, grande, forte et vigoureuse, et qui présentait, à la partie inférieure et externe de la cuisse, plusieurs ouvertures fistuleuses. Ces ouvertures, qui sont à quatre travers de doigt environ de l'articulation, existent depuis plusieurs années et sont survenues à la suite de douleurs, de gonflement et d'abcès qui se sont ouverts spontanément dans cette région ; un stylet, introduit dans ces ouvertures, a fait sentir des portions d'os malades. Les sujets atteints de cette maladie sont ordinairement d'une constitution lymphatique. A la suite d'un coup, d'une chute sur la partie inférieure du fémur, souvent sans cause connue, ils éprouvent une douleur profonde à la partie inférieure de la cuisse. Celle-ci se gonfle dans ce point, la marche devient difficile, pénible ; la jambe se fléchit sur la cuisse ; les sangsues appliquées sur ce point douloureux, les saignées, les bains, les émollients, etc., etc., n'apportent point ou que très-peu de soulagement aux malades. Des abcès plus ou moins volumineux se forment souvent s'ouvrent spontanément ou sont ouverts par le chirurgien ; ils restent fistuleux. Ces fistules s'ouvrent et se ferment alternativement, entretenues qu'elles sont par des points nécrosés ou cariés du fémur. Elles sont interminables ; elles siégent dans le creux du jarret, à la partie externe ou à la partie interne du fémur.

Le traitement antiscrophuleux ne produit aucun heureux résultat sur cette affection. Elle subsiste toujours lors même que la constitution du sujet a été modifiée et même tout-à-fait changée. C'est par la destruction de la carie, c'est par la sortie des portions nécrosées, emprisonnées, enclavées dans l'os, que la maladie peut guérir ; une portion d'os nécrosée qui n'est pas plus grosse que le bout du petit doigt, suffit pour entretenir une fistule pendant toute la vie, si elle n'est point extraite.

Une opération, pour extraire ces portions nécrosées peut être faite, mais c'est suivant le siége de la nécrose ou de la carie. Lorsque c'est tout-à fait en arrière, il est impossible de songer à aucune espèce d'opération ; en effet, on intéresserait des parties trop importantes, l'artère, la veine poplitée, ou le nerf du même nom. En dedans on aurait aussi des inconvéniens à peu près aussi graves. Il n'y a qu'en dehors que cette affection peut être attaquée. On met à découvert les points de l'os malade et on les enlève avec la gouge, le maillet ; ou on les ébranle, et on les détache par un moyen quelconque.

Il faut bien distinguer cette nécrose de l'extrémité inférieure du fémur, qui attaque seulement la substance compacte de l'os, de celle qui attaque la portion spongieuse qui entre dans la composition de son extrémité inférieure, maladie qui a des caractères tout-à-fait différens.

III. Gonflement celluleux des paupières supérieures. Traitement de cette maladie.

Une femme jeune, fraîche et bien portante, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 1er septembre 1833. Elle ne se plaint que du gonflement qui existe à chacune de ses paupières supérieures. Cette difformité existe depuis sa naissance. Elle demande à en être débarrassée. En l'examinant avec soin, on n'aperçoit ni tumeur, ni inflammation aiguë ou chronique. Le mal consiste, ajoute M. Dupuytren, dans une surabondance de tissu cellulaire qui contient une plus ou moins grande quantité de sérosité. M. Dupuytren conseille l'extirpation de ce tissu cellulaire, comme le seul remède à opposer à cette difformité.

Le gonflement de la paupière supérieure, par suite de l'accumulation d'une quantité très considérable du tissu cellulaire infiltré d'une plus ou moins grande quantité de sérosité, constitue une difformité, très-choquante chez les femmes, et dans certains cas, cette difformité devient un obstacle à la vision.

Les applications extérieures ne réussissent point à guérir ce mal, il n'y a que l'excision de ce tissu cellulaire, et avec elle, si cela est nécessaire, celle d'une plus ou moins grande quantité de la peau de la paupière, qui puisse le faire.

M. Dupuytren appelé, dans plusieurs circonstances, pour

traiter cette difformité, s'est toujours comporté de cette manière. La difformité a été guérie; mais il est cependant toujours resté quelque chose qui empêchait la régularité de cette portion du visage, mais au moins la vision était devenue facile.

IV. Cancer à la lèvre.—Opération.—Guérison d'abord.—Récidive.—Tumeur cancéreuse à l'angle de la mâchoire.—Considérations pratiques sur les récidives cancéreuses.

Un homme âgé de soixante et quelques années, laboureur de professoin, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 18 septembre 1833. Il y a deux ans il fut opéré, dans cet hôpital, d'un cancer situé à la lèvre inférieure. A l'aide d'une incision semi-lunaire, faite avec des ciseaux épais et bien tranchants, procédé suivi depuis très long-temps par M. Dupuytren, le cancer fut parfaitement et complétement enlevé. Il guérit promptement, et cette guérison se soutint pendant deux ans. Ce malade revint le 18 septembre 1833 pour une récidive, non dans le lieu où avait existé la maladie, mais à l'angle de la mâchoire. Cette récidive consiste dans une tumeur du volume du poing. Ce laboureur est fort, vigoureux et très-bien portant, et désire être débarrassé de cette nouvelle maladie.

Faut-il opérer ce malade? n'a-t-on pas à redouter une seconde récidive? Cette tumeur est mobile, sa base ne paraît point s'étendre profondément. La peau et saine et glisse fortement sur la tumeur. Il n'existe point d'autres ganglions engorgés dans les environs. M. Dupuytren conseille l'extirpation. Après quelques jours de réflexion le malade s'y refuse, et sort de l'hôpital.

Nous avons vu, dit M. Dupuyten, des malades chez lesquels la récidive cancéreuse a eu lieu deux, trois et même quatre fois, et, après cette 4e opération, cette récidive a enfin cessé. Il arrive même que, malgré une disposition cancéreuse générale évidente, j'extirpe des cancers; mais, quand un individu porte deux organes affectés en même temps de cancer, il ne faut point opérer; car alors la récidive est certaine, et l'opération sur un point ne fait qu'activer la dégénérescence cancéreuse sur un autre. C'est ainsi, ajoute M. Dupuytren, que nous venons de nous comporter à l'égard d'une femme qui vient de sortir de l'hôpital. Cette femme, âgée de quarante et quelques années, était affecté d'un squirrhe ulcéré au sein droit, que j'allais lui extirper, lorsqu'en explorant attentivement ses organes, je me suis aperçu que le col de l'utérus était affecté de la même maladie. Dès lors j'ai renoucé à toute opération sur le sein, dans la crainte d'aggraver la maladie de l'utérus.

Il y a d'autres cas dans lesquels la récidive cancéreuse est certaine ou presque certaine, et cependant on doit opérer pour prolonger la vie des malades, qui est compromise par un autre accident. Telle est, par exemple, la situation dans laquelle se trouvait une vieille femme qui vint dans le mois d'août 1833 à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Elle était affectée d'une tumeur carcinomateuse ulcérée à la partie antérieure et moyenne de la cuisse; cette tumeur fournissait toujours et à chaque instant, une exhalation sanguine abondante qui épuisait la malade. Lorsqu'elle vint à l'Hôtel-Dieu, elle était presque exsangue par suite de cette abondance de l'écoulement sanguin : il y avait en même temps engorgement considérable de plusieurs glandes de l'aîne, teinte jaune de la face, et enfin cachexie cancéreuse évidente. Toutefois M. Dupuytren se décida à faire l'extirpation de cette tumeur cancéreuse, peu volumineuse d'ailleurs. L'écoulement continuel du sang, épuisant les forces de la malade et pouvant amener la mort, il devenait indispensable de remédier à cet accident. L'extirpation, quoique avec la crainte ou même avec la presque certitude de la récidive plus ou moins prompte, soit dans le lieu même de la cicatrice, soit ailleurs, étant la seule ressource à employer, l'extirpation fut donc faite, la cicatrice se fit et la malade sortit de l'hôpital guérie, au moins en apparence, et ayant recouvré des forces, de la vigueur et de l'appétit. Ainsi donc voici un cas, et il en existe plusieurs autres encore, qui doivent faire passer outre sur ce principe donné d'une manière générale par les auteurs, et qui prescrit de ne point extirper des cancers, quand il y a des chances en faveur de la récidive du mal, et qui enjoint, d'une manière absolue, de ne jamais la tenter, quand les malades sont atteints de cet état que l'on nomme *cachexie cancéreuse*. L'extirpation est encore une ressource dans les affections cancéreuses pour prolonger la vie, dans des cas d'affections cancéreuses dont le retour est inévitable ou presque inévitable. Si, dans quelques cas, on hâte la récidive par une opération (et on ne doit pas nier que cela se rencontre quelquefois), on suspend chez quelques autres l'infection générale. L'un de nous se souvient d'avoir entendu un médecin reprocher, en quelque sorte, à M. Dupuytren, dans une consultation, une opération de cancer au col de l'utérus, et qui n'avait pas empêché la récidive du mal au bout d'un an. Eh, n'est-ce rien qu'une année de vie, répliqua M. Dupuytren!

La récidive, du reste, a lieu souvent bien plus tard encore. Tel était le cas d'une femme qui se présenta, dans les premiers jours du mois de septembre 1833 à l'Hôtel-Dieu. Cette femme, âgée de cinquante et quelques années environs, avait été opérée il y a neuf ans, d'une tumeur squirrheuse, du volume d'un œuf de pigeon, à la partie inférieure de l'avant-bras. Après neuf ans environ, une nouvelle tumeur se développa sous la cicatrice et à la partie supérieure de celle-ci. La tumeur avait acquis le volume d'une grosse noix. M. Dupuytren conseilla l'extirpation le plus promptement possible. Voilà donc un exemple d'une guérison qui s'est soutenue pendant neuf ans. Nous pourrions encore fournir d'autres exemples de squirrhe récidivé seulement après trois, quatre, cinq ou six ans.

Il est des cas dans lesquels les règles, qui semblent les mieux établies et les plus positives, souffrent des exceptions. Tel est, par exemple, dans le cas de cancer primitif ou par récidive, l'engorgement consécutif de ganglions lymphatiques, placés dans le voisinage, et leur participation à la maladie. Qui ne sait que, dans ce cas, on doit d'abord enlever le foyer du mal, et s'occuper ensuite de l'engorgement. Cependant voici un cas où le contraire se rencontre.

Un curé d'Orléans vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 15 octobre 1833. Il avait été atteint, il y a quelques années, d'une ulcération cancéreuse à la face interne de la joue gauche. Le chirurgien d'Orléans lui en fit l'extirpation à

l'aide de l'instrument tranchant. Au bout de quelques mois, le mal revint ; nouvelle extirpation suivie de la cautérisation avec le fer chauffé à blanc. Quelque temps après, troisième récidive, mais, cette fois, elle se complique d'un engorgement d'un ganglion lymphatique situé derrière l'angle de la mâchoire. Ce ganglion avait le volume d'un gros œuf de pigeon, lorsque le malade vint consulter M. Dupuytren. Il était dur, sensible au toucher, des douleurs lancinantes s'y faisaient sentir de temps en temps. M. Dupuytren conseille au malade une nouvelle ablation de l'ulcération cancéreuse, extirpation suivie d'une nouvelle cautérisation profonde. Il donne en même temps le conseil d'extirper la glande située derrière l'angle de la mâchoire et qui participe à l'affection cancéreuse.

Je crois, ajoute M. Dupuytren, en s'adressant aux élèves, qu'il faudra, dans cette circonstance, enfreindre la règle qui prescrit d'enlever d'abord le siége du mal, et de s'occuper ensuite de l'affection consécutive qui occupe les ganglions lymphatiques. L'ouverture de la bouche sera plus facile et on pourra mieux voir l'étendue du désordre qui siége à la face interne de la joue, et s'occuper de la détruire.

Quelquefois j'ai dû, dit M. Dupuytren, être forcé, pour diverses raisons, de commencer par enlever les ganglions engorgés près des surfaces cancéreuses, et ne m'occuper de celle-ci que long-temps après. Dans plusieurs de ces cas j'ai, pour ainsi dire, borné l'infection cancéreuse qui a été limitée au siége principal du mal, et j'ai pu m'occuper de celui-ci avec succès. Il est donc vrai, ainsi que je l'ai dit, que les règles les mieux établies, souffrent des exceptions. Cette maladie du curé en est une preuve. Il est nécessaire, par suite de la situation de l'affection de s'occuper d'abord de l'affection secondaire avant de passer au foyer primitif du mal.

V. Grossesse nerveuse.

Il arrive souvent que des femmes éprouvent des signes équivoques de grossesse, sans pourtant être enceintes.

On en a vu qui disaient sentir les mouvemens de l'enfant, et qui étaient en proie à des nausées, à des vomissemens, etc. La menstruation était supprimée depuis plusieurs mois, les seins volumineux, l'abdomen très-développé, etc. Toutefois il n'existait point de fœtus dans la matrice.

La tympanite utérine, les hydatides, l'hydropisie simple de l'utérus, l'hydropisie enkystée de cet organe, des ovaires ou des trompes, l'engorgement chronique de l'utérus, les polypes fibreux, mous, vésiculeux, la rétention du sang, des règles, etc., etc., voilà des causes nombreuses qui en imposent souvent pour la grossesse : les auteurs citent de nombreux exemples de ces méprises et donnent les moyens de les éviter ; mais il est une de ces grossesses laquelle ils n'ont point assez insisté : nous voulons parler de la *grossesse nerveuse* qui, après avoir produit les plus grandes illusions, se dissipe sans donner lieu à aucune espèce d'évacuation.

Une dame, d'un rang élevé dans la société, était affectée de la maladie semblable à celle dont nous venons de parler. Son ventre prenait tout-à-coup un développement remarquable ; on y sentait une tumeur ovoïde, alongée, circonscrite, mobile et simulant tout-à-fait une grossesse de cinq ou six mois. Cet état durait huit jours, ou dix jours, et disparaissait aussi promptement et dans le cours de vingt-quatre heures. Son mari soupçonnait une infidélité. De son côté la dame repoussait avec force cette imputation. M. Dupuytren toucha cette dame et constata la présence de cette tumeur, et demeura dans le doute. Invité par cette dame à l'examiner de nouveau au bout de quelques jours, il ne trouva plus de traces de cette tumeur. La matrice avait repris son volume ordinaire et sa position. Aucune évacuation par les urines, ou les selles, ou le vagin, n'avait eu lieu. Dix jours après, les mêmes symptômes s'étaient reproduits et se terminèrent de même.

Tout récemment (Il y a six mois à peu près, 1832), une jeune dame, fille d'un magistrat d'un des départemens de la France, vint à Paris pour consulter M. Dupuytren ; elle était affectée d'un développement pareil et intermittent de la matrice. Deux médecins du pays qu'elle habitait, lui avaient donné chacun une consultation ; l'un d'eux croyait à l'existence d'une tumeur fibreuse de la matrice ; l'autre restait dans le doute. Cette tumeur disparaissait après avoir duré quelques jours, et sur-tout quand la malade avait beaucoup marché, qu'elle montait à cheval, etc., etc. Cette disparition des accidens, ne coïncidait pas non plus avec des évacuations par les selles, les urines ou le vagin.

Cette maladie était évidemment de la même nature que la précédente.

Remarques.

On doit donc admettre qu'il se fait, chez quelques femmes, des développemens de l'utérus, qui tiennent à une cause nerveuse, développemens qui ont lieu et qui disparaissent avec rapidité. Ces développemens, qui dépendent de l'influence nerveuse, tiennent peut-être à des fluxions, à des congestions de fluides élastiques, qui peuvent être aussi promptement et aussi facilement résorbés qu'ils ont été exhalés.

Cet accroissement de volume, qui est indépendant de la réplétion sanguine des parois de l'utérus et de la présence de tout corps étranger dans sa cavité, serait donc, dit madame Boivin, une sorte d'érection de ce viscère.

A l'appui de ce que nous venons de dire nous citerons encore un dernier fait observé par M. Velpeau.

Une dame, âgée de trente-huit ans, n'ayant pas eu d'enfant depuis douze ans, et qui aurait donné tout au monde pour devenir mère avec l'homme qu'elle s'était associé, fit appeler notre confrère en 1823, pour prévenir un avortement dont elle se croyait menacée. Selon elle, sa grossesse datait de quatre mois. Le volume du ventre et de nombreux phénomènes sympathiques semblaient venir à l'appui de son dire ; elle avait senti remuer, et le léger écoulement sanguin qui l'épouvantait, avait été provoqué par un exercice violent. Au bout de deux jours ses craintes furent calmées ; mais elles reparurent deux mois plus tard. De nouvelles espérances leur succédèrent encore. Le terme désiré avec tant d'ardeur arriva ; les douleurs du travail survinrent ; une sage-femme instruite se rendit près de la malade, qui était au comble de la joie ; trois jours se passent au milieu de souffrances assez vives, sans que l'accouchement paraisse

avancer. On fait prévenir M. Velpeau ; il touche et trouve le col, ainsi que la totalité de l'utérus, dans l'état naturel. Il prononça qu'il n'y avait pas grossesse; on se mit en colère, et il fut congédié. Quatre jours après, M. Velpeau apprit que le ventre était tombé, qu'il ne s'était rien écoulé par les parties sexuelles, et que la santé de cette dame était rétablie.

IV. Écoulement vaginal chez les petites filles, viol présumé. — Rapport à ce sujet.

Le nommé Strazakier amène sa petite fille, âgée de sept ans, à la consultation le 20 septembre 1833. Cet enfant est atteinte d'un écoulement abondant par le vagin. Ses parties génitales externes sont rouges, gonflées et douloureuses. Le père craint qu'elle n'ait été déflorée par un voisin chez lequel cette jeune fille est allée plusieurs jours de suite, et qui l'attirait souvent chez lui sous divers prétextes. Les parties génitales furent examinées avec soin. M. Dupuytren n'y trouva aucune excoriation, aucune déchirure, la membrane hymen était intacte. Il tranquillisa le père et déclara que l'enfant n'avait d'abord point été déflorée, et que pour ce qui concernait les tentatives de viol, il ne pouvait déclarer qu'elles eussent eu lieu, car les parties génitales présentaient seulement des traces d'inflammation, qui pouvaient tenir à toute autre cause qu'à une violence extérieure.

Les écoulemens par le vagin, chez les petites filles, sont assez communs, et il est rare qu'il se passe quelques jours sans que la consultation de M. Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, n'en fournisse quelques exemples. Souvent même cette affection règne épidémiquement.

Madame... amena, le 15 décembre 1828, sa fille âgée de sept ans, à la consultation de M. Dupuytren. Depuis quelques jours et sans cause connue, cet enfant avait un écoulement fort abondant par le vagin : cet écoulement, de couleur verdâtre, tachait fortement la chemise. Les parties génitales, examinées, étaient rouges, boursouffées, douloureuses. La petite malade éprouvait de la difficulté et de la douleur en urinant. M. Dupuytren, après un examen attentif, ne trouva qu'une inflammation catarrhale, et nous dit que, probablement, il ne se passerait pas deux ou trois jours sans que d'autres enfans, affectés de la même indisposition ne vinssent réclamer les secours de la médecine. Cette prévision se réalisa ; plusieurs vinrent et furent traitées par les bains, les boissons adoucissantes, les lotions mucilagineuses fréquentes, et elles guérirent promptement.

Voici un rapport fait à la faculté de médecine, en juin 1815, au nom d'une commission, sur une question de viol présumé sur une petite fille âgée de quatorze à quinze mois (1).

M. le conseiller d'État, préfet de police, a demandé, par une lettre du 19 de ce mois, l'opinion de la Faculté de médecine, sur la question de savoir si un jeune enfant, du sexe féminin, âgé de quatorze à quinze mois au plus, a pu être prostitué, et il désire particulièrement connaître l'opinion de la Faculté sur la valeur des faits attestés par M. G....d, docteur en médecine, élève interne à l'hôpital Beaujon, lequel déclare « que la membrane hymen de la jeune enfant » était déchirée, et que sa rupture paraissait récente. »

Nous n'examinerons pas jusqu'à quel point un pareil crime est probable ; c'est aux tribunaux de rassembler et de peser, dans leur sagesse, les preuves testimoniales qui peuvent en établir la possibilité ; nous ne rechercherons par davantage si le viol a pu être consommé ou non chez un enfant de quatorze à quinze mois au plus. En effet, comme, en pareil cas, la tentative portée jusqu'à la violence, est aussi coupable que la consommation de l'acte, il ne s'agit ici que de décider si les organes génitaux de l'enfant, soumis à l'examen des gens de l'art, ont offert des traces de la violence qu'on suppose leur avoir été faite.

M. le docteur G....d atteste que la membrane hymen *était déchirée*, que sa rupture *paraissait* récente, et que les grandes et les petites lèvres *paraissaient* phlogosées.

Le certificat de M. G....d ne contient aucun autre fait ; la déclaration de M. N...., chirurgien-accoucheur, en contient beaucoup moins encore : d'où il résulte que la Faculté doit décider si une rupture de l'hymen, qui *paraît* récente, et qui *paraît* accompagnée de phlogose des grandes et des petites lèvres, est une preuve de violence exercée sur ces parties.

Quelques rapprochemens donneront la mesure de la valeur de ces faits.

Il ne se passe presque pas d'années que, dans les saisons froides et humides, pendant les constitutions catarrhales, on ne porte, aux consultations qui se donnent dans les hôpitaux, un plus ou moins grand nombre de petites filles ayant un écoulement puriforme, et quelquefois sanguinolent, par le vagin, accompagné de tuméfaction, et même d'ecchymose aux grandes et aux petites lèvres, de solution de continuité de l'hymen, de fièvres et d'autres symptômes qu'il n'est pas nécessaire d'indiquer ici, puisqu'il n'en est pas question dans le certificat dont nous examinons la valeur.

Nous devons dire que plusieurs de ces enfans ont été présentés à ces consultations comme ayant été exposés à des violences ; mais, comme parmi ceux qui étaient atteints des symptômes ci-dessus indiqués, quelques-uns étaient encore à la mamelle, et n'avaient pas été abandonnés par leurs mères, que la plupart n'avaient pas quitté leurs parens, et n'étaient cependant l'objet d'aucune crainte semblable ; comme enfin le grand nombre de ces cas attestait une cause générale qui avait agi sur un grand nombre d'individus à la fois, il devenait évident qu'on ne pouvait pas accuser de la production de cette maladie une cause tellement particulière et tellement extraordinaire, que si elle avait agi sur un aussi grand nombre d'individus, la preuve d'une violence exercée contre eux n'aurait pu échapper à tant de regards, et à tant de recherches intéressées à la découvrir.

Si maintenant on examine séparément la valeur de chacun des faits rapportés dans le certificat de M. G.... d, on voit : 1° que la rupture de l'hymen peut être produite par un grand nombre de causes différentes ; 2° qu'il est impossible, soit que cette rupture paraisse récente, soit qu'elle

(1) Cette commission était composée de MM. les professeurs Roux, Dubois, Désormeaux et Dupuytren, rapporteur.

paraisse ancienne, de déterminer si elle a été le résultat de l'une de ces causes plutôt que des autres; 3° que la phlogose des grandes et des petites lèvres étant un effet, une suite, de toutes les inflammations des parties génitales externes, on ne saurait la regarder comme une preuve de violence; 4° que l'ecchymose est elle-même très-fréquemment un résultat de l'inflammation dans les tissus éminemment vasculaires, comme l'est celui des grandes et des petites lèvres; 5° qu'il en est de même de tous les autres symptômes de l'inflammation catarrhale de ces parties, ces symptômes n'indiquant pas la nature de la maladie, et ne pouvant faire connaître l'espèce de la cause qui l'a produite : c'est ainsi qu'un écoulement verdâtre ou sanguinolent indique plutôt un degré de l'inflammation que la cause de cette inflammation; que l'ecchymose même des parties génitales externes prouve l'intensité de cette inflammation aussi bien qu'une violence extérieure; que la dilatation de l'orifice du vagin peut être un effet du relâchement des parties aussi bien que celui d'un effort pour introduire un corps étranger dans ce canal.

Sans doute il ne faut pas prétendre que les symptômes rapportés par M. G....d, et ceux qu'il a oublié de rapporter et que nous avons indiqués, ne puissent pas être aussi le résultat de violences externes; mais il faut se garder de conclure qu'un fait existe, par cela seul qu'il est possible; sur-tout dans les cas qui, comme celui-là, peuvent dépendre d'un très-grand nombre d'accidens, et dans les causes où une conclusion hasardée peut décider de l'honneur, de la liberté ou de la vie d'un homme. Dans tous les cas où la cause d'une maladie n'est pas inhérente aux parties malades, dans les cas où, comme dans certaines blessures, dans certains empoisonnemens, on ne saurait rendre cette cause palpable, il faut se garder de conclure, et il faut laisser aux tribunaux le soin de rechercher et de constater la cause de la maladie dans les circonstances qui l'ont précédée.

Or, comme l'état où se trouve l'enfant pour lequel la Faculté est consultée, peut tenir à une multitude de causes, nous pensons qu'elle doit se borner à certifier que cet enfant était affecté d'un catarrhe des parties génitales externes, sans rien préjuger sur la cause de ce catarrhe (1).

Si nous parcourons les auteurs, nous trouvons que beaucoup d'entre eux ont noté ces écoulemens vaginaux chez les petites filles, écoulemens qui ont souvent beaucoup inquiété les parens, qui ont cru que leurs enfans avaient été victimes de violences de la part de libertins. C'est ainsi que Raulin, Handwig, Werner regardent les flueurs blanches des nouveau-nés comme héréditaires. C'est ainsi que Denis (*Recherches sur les maladies des enfans*) a remarqué que les femmes affectées de leucorrhées, mettent au monde souvent des enfans ayant ou des flueurs blanches ou un flux palpébral puriforme.

(1) Ce rapport a été approuvé, et les conclusions ont été adoptées par la Faculté de médecine, dans sa séance du 2 juin 1815.

—

N° DU 31.

DOCTRINES MÉDICALES.

—

De l'humorisme rationnel; par C. FORGET (1).

ARTICLE V. De l'influence des altérations du sang, dans les maladies en général.

Après avoir étudié les altérations des humeurs à leur point d'invasion dans l'économie, nous avons à considérer ces altérations dans le produit commun de ces mêmes humeurs, le sang qui, par un échange merveilleux, est lui-même la source d'humeurs secondaires qui, plus tard, s'offriront à nos investigations. Bien nous a pris d'étudier ces altérations humorales à leur origine, car une fois versés dans les réservoirs communs, les liquides altérés échappent le plus souvent à nos moyens d'investigation; mais les altérations du sang ne sont-elles pas rigoureusement démontrées dès l'instant où l'on a constaté celles des matériaux dont il se compose? On peut d'autant moins arguer de notre impuissance à découvrir les élémens hétérogènes du sang, que ses principes les mieux constatés ne sont pas eux-mêmes susceptibles d'être isolés, et que les progrès journaliers de la chimie agrandissent incessamment le cercle de nos facultés à cet égard, ou du moins nous révèlent la raison de notre insuffisance. C'est ainsi, par exemple, qu'il était démontré depuis long-temps que le sang contient du fer, sans que les réactifs pussent le mettre en évidence. Or, M. Raspail fit observer que les matières organisatrices coagulables étaient capables de soustraire une substance métallique à l'action des réactifs les plus énergiques, en lui formant une enveloppe, effet que Rose a directement constaté à l'égard du mélange de l'albumine ou de la gélatine avec le protoxide de fer; cependant M. Barruel est parvenu à vaincre la difficulté. Il y a plus : certaines substances injectées ne se retrouvent pas dans le sang, ce que Coindet et Christison ont vérifié pour l'acide oxalique introduit, même en assez grande quantité, dans les veines, et pourtant ce poison produit dans le sang des altérations très-appréciables. Ainsi nous serons forcé d'admettre les altérations de ce liquide, bien qu'il se présente à l'état normal, lorsque nous aurons assisté, pour ainsi dire, à l'introduction des corps altérans, et à plus forte raison lorsque ce fluide, évidemment altéré dans ses propriétés sensibles, ne révèlera pas cependant la présence matérielle de l'agent perturbateur. Ceci convenu, nous entrons en matière.

Parmi les travaux modernes qui répandent le plus de lumière sur les modifications que le sang peut subir dans les maladies, nous devons placer le Mémoire de M. Lecanu, couronné par l'Académie de médecine, en 1831. En étudiant la nature et les variétés des principes immédiats du sang, ce chimiste s'est assuré que le sérum les contenait tous, à

(1) Voyez tom. XIX et XX de l'Encyclographie.

l'exception de la fibrine et de la matière colorante ; de telle sorte que le sang peut être considéré comme du sérum tenant en suspension des globules. Nous n'exposerons point ici les analyses comparatives de Vauquelin, Brande, Marcet, Berzélius et autres ; nous nous bornerons à l'énoncé de ces principes, qui sont l'*eau* en très-grande proportion ; la *fibrine*, qui, selon M. Raspail, n'est autre chose que de l'albumine insoluble, alliée à certains sels ; l'*albumine*, la *matière colorante*, qui n'est point un principe immédiat, mais une combinaison d'albumine et d'une substance particulière (globuline) contenant beaucoup de fer ; la *matière grasse cristallisable*, que Chevreul compare à la matière cérébrale ; une *matière huileuse*, des *matières extractives*, solubles dans l'alcool et dans l'eau ; de l'*albumine* combinée à de la *soude*, et, selon Proust et Raspail, à de l'*ammoniaque*, du *chlorure de sodium*, du *chlorure de potassium*, des *sous-carbonates*, *phosphate* et *sulfate alcalins*, *sous-carbonate de chaux*, *sous-carbonate de magnésie*, *phosphates de chaux*, *de magnésie*, *de fer*, *peroxide de fer*. Proust y a signalé un *hydrosulfure*, des traces d'*acide acétique*, du *benzoate de soude* et de la *bile*. Brande et Vogel en ont vu se dégager du gaz *acide carbonique*, etc. Les *globules*, selon M. Raspail, sont un précipité albumineux, provenant de l'élimination des menstrues (soude, ammoniaque). Dans quelques circonstances particulières on y trouve certains principes qui se rencontrent dans d'autres humeurs. MM. Orfila et Clarion ont trouvé la matière jaune de la bile dans le sang des ictériques. Prévost, Dumas, Ségalas, ont constaté l'urée dans le sang d'animaux auxquels on avait enlevé les reins (il est vrai que M. Raspail croit que l'urée a pu être produite par les procédés chimiques mis en usage). Il est constant, d'après les expériences de Parmentier, Deyeux, Trail, etc., que les matériaux constituans du sang éprouvent des changemens notables chez le même individu, selon une multitude de circonstances jusqu'à présent peu appréciées, mais parmi lesquelles figurent au premier rang la maladie appelée typhoïde, la fulguration, les maladies inflammatoires, etc. Mais fussions-nous privé de ces notions positives fournies par la science, que nous serions en droit d'admettre, par simple induction, que le sang contient, sinon des matériaux combinés, du moins les élémens de toutes les humeurs secondaires, de tous les tissus, puisqu'il en est alternativement la source et le produit. Telle est l'opinion de M. Denis, qui pense que la nutrition n'a pour but que d'appliquer aux organes des élémens qui existent tout faits dans le sang. Par suite, nous serions forcés d'avouer qu'aucune modification ne peut s'opérer dans l'économie, sans que le fluide universel en soit modifié primitivement ou consécutivement. Voilà pour le sang, considéré comme puisant dans l'économie elle-même ses élémens d'action sur l'organisme. Mais si nous le mettons en rapport avec les agens extérieurs, nous y trouverons des causes d'altération plus manifestes encore. Toutes ces absorptions que nous avons étudiées précédemment, ne travaillent pour ainsi dire que pour lui ; c'est dans le torrent circulatoire que viennent se rendre toutes les substances qui franchissent les surfaces absorbantes : c'est ainsi que l'acte respiratoire y porte l'oxigène, élément de la vie, puis l'azote, l'acide carbonique, l'hydrogène simple ou sulfuré et une foule d'autres gaz ou vapeurs ; aussi la respiration est-elle la voie la plus large qui soit ouverte aux altérations du sang. Quelle que soit la surface par laquelle ils aient pénétré, l'on retrouve dans le sang la morphine, le camphre, le phosphore, le mercure, l'alcool, l'iode, l'hydrocyanate de potasse, qui vont ensuite manifester leur présence dans les humeurs émanées du sang, et même imprégner, ou du moins impressionner, les solides. Mais revenons aux expériences de M. Lecanu : Étudiant à part chacun des élémens du sang, cet observateur a constaté que la proportion d'*eau* varie suivant le sexe des individus : elle est plus faible chez l'homme que chez la femme ; il est donc vrai de dire que la constitution de la femme est en général plus *humide*. La quantité d'eau n'est pas proportionnelle à l'âge, chez les individus de même sexe, du moins dans les limites de vingt à soixante ans ; résultat qui contrarie un peu les idées reçues : car on admet généralement que la constitution de l'adolescent est plus molle que celle du vieillard, ce qui peut encore être vrai et indépendant de la liquidité du sang. Cependant, selon M. Denis, la partie aqueuse du sang est plus considérable chez les enfans et chez les vieillards que dans l'âge adulte, où prédominent les parties en suspension. Chez les individus de même sexe, la quantité d'eau est moindre dans le tempérament sanguin que dans le tempérament lymphatique : ici la démonstration est d'accord avec la théorie.

La proportion d'*albumine* est sensiblement la même chez l'homme et chez la femme ; elle ne paraît pas non plus influencée par l'âge, chez les individus de même sexe, et de vingt à soixante ans ; elle est encore à peu près égale chez les individus sanguins et lymphatiques de même sexe. Ainsi les diverses conditions physiologiques influencent peu l'albumine.

La proportion des *globules* du sang est plus forte chez l'homme que chez la femme. Elle ne paraît pas varier selon l'âge, chez les individus de même sexe et de vingt à soixante ans ; elle est plus grande chez les individus sanguins que chez les lymphatiques. Aussi M. Lecanu est-il d'accord avec MM. Prévost, Dumas et Denis, pour considérer la quantité des globules comme la mesure de l'énergie vitale ; témoins les oiseaux et les carnivores, chez lesquels ces globules sont en grand nombre. Le flux menstruel, chez la femme, concourt singulièrement à faire varier la proportion des globules ; il en est de même des saignées : la différence peut aller jusqu'à moitié. Selon M. Raspail, les saisons, l'idiosyncrasie, l'alimentation, les maladies, peuvent influer sur le nombre des globules, en modifiant, ajoute-t-il, la capacité de saturation des menstrues de l'albumine : il peut même se faire, dit-il, que la quantité de menstrues étant suffisante, il n'y aura pas de globules.

Comme conséquence de ce qui précède, il résulte que la proportion de *sérum* est plus grande chez la femme que chez l'homme, chez les individus lymphatiques que chez les individus sanguins de même sexe ; on n'observe pas de différence selon l'âge, chez les individus de même sexe. La proportion d'*albumine*, de *fibrine*, de *matière colorante*, en un mot, de substance nutritive (car, selon l'expression de M. Denis, l'élément aqueux du sang paraît n'être que le véhicule des élémens natifs), est moindre chez la femme

que chez l'homme, et chez les individus lymphatiques que chez les individus sanguins de même sexe ; point de différences selon l'âge, de vingt à soixante ans. On conçoit combien ces données sont précieuses, eu égard à l'appréciation des qualités du sang qu'on extrait dans les maladies.

Combien il est à désirer que de semblables expérimentations soient faites sur le sang dans l'état morbide ! M. Lecanu regrette de n'avoir pu exploiter cette mine féconde ; cependant il ajoute que quelques essais isolés l'autorisent à penser que, dans les maladies inflammatoires, les globules se trouvent en plus grande proportion, tandis que le contraire a lieu dans les maladies adynamiques et putrides.

Maintenant que nous avons résumé ce qu'on sait de plus positif sur la composition et les variations du sang à l'état physiologique, nous allons l'examiner à l'état morbide, c'est-à-dire exposer ce qu'on a fait à cette égard, dans le but de fournir un point de départ aux investigations ultérieures.

Pour procéder avec quelque méthode dans l'exposition des altérations du sang, nous examinerons celui-ci d'abord dans son entier, sous le point de vue da sa quantité et de ses qualités physiques, puis nous étudierons à part le sérum et le caillot ; enfin, nous en viendrons à l'étude de ses élémens constitutifs en particulier.

La *quantité* normale du sang est *augmentée* dans la pléthore, qui est constituée par une véritable *hypertrophie* de ce fluide ; elle est diminuée dans l'anémie ou *atrophie* constitutionnelle (chlorose) ou accidentelle (hémorrhagies abondantes), dans les maladies de langueur, telles que la phthisie, affections dont nous étudierons plus tard les caractères spéciaux sous le point de vue de l'humorisme. Disons par anticipation, que la pléthore et l'anémie primitives sont les deux lésions du sang que nous puissions combattre de la manière la plus rationnelle, parce que ce sont celles que nous connaissons le mieux et contre lesquelles nous pouvons employer des remèdes directs. Ici la certitude de la médecine est égale à celle de la chirurgie, et l'axiome *sublatâ causâ* trouve son application tout entière.

Les qualités physiques du sang offrent à considérer, 1° son *épaississement*, qui coïncide ordinairement avec son excès de quantité, mais qui peut exister isolément. Ainsi M. Andral distingue deux espèces de pléthores : l'une par quantité, l'autre par qualité du sang. Ce fluide acquiert en général plus de consistance, de *plasticité* dans les maladies inflammatoires. Cet épaississement peut résulter de la soustraction de parties liquides du sang, ce qui est manifeste dans le choléra asiatique et dans certaines hydropisies. Il augmente par l'abondance des selles, des sueurs, des urines, de la salive ; il augmente au diminue par l'abondance ou la privation de boissons aqueuses, principe dont certains praticiens, MM. Magendie et Piorry en particulier, ont fait d'heureuses applications. L'épaississement du sang peut s'opérer localement dans l'économie vivante. C'est ainsi que le sang se coagule dans les vaisseaux enflammés, et que, dans certaines circonstances, des caillots se forment dans les cavités du cœur. Ce sang coagulé peut ensuite subir diverses modifications que nous examinerons plus tard.

La *fluidité* du sang coïncide également avec sa diminution de quantité ; c'est ainsi que dans les grandes pertes sanguines, le fluide finit par couler pâle et séreux. Mais cette fluidité peu résulter directement de certaines maladies asthéniques, telles que le scorbut, le typhus, les scrophules, la chlorose, les exanthèmes compliquées de malignité. M. Andral prétend, il est vrai, que sur 217 cas de fièvres graves, il n'a trouvé que trois fois le sang altéré ; mais selon la remarque de Lobstein, il faut distinguer la période d'irritation de celle d'adynamie ; d'ailleurs, M. Andral admet ailleurs la fréquence de cette altération, constatée par Huxham, Pringle, Morgagni, Haller, Stocker, Bouillaud, Piorry, etc. De même que nous possédons les moyens de modifier la quantité du sang, nous en avons aussi pour modifier sa consistance ; ou pour mieux dire, ces attributs se trouvant le plus souvent réunis, les procédés qui s'appliquent aux uns s'adressent également aux autres.

La *couleur* du sang peut varier suivant une foule de circonstances ou de dispositions accidentelles ou constitutionnelles, artificielles ou naturelles. Le sang devient d'un beau rouge, par le mélange de l'oxigène ou du gaz ammoniaque ; rouge-violet par les gaz oxide de carbone, deutoxide d'azote, hydrogène carboné, rouge-brun par les gaz azote, acide carbonique, hydrogène, protoxide d'azote ; violet foncé passant au brun verdâtre, par l'hydrogène arséniqué ou sulfuré ; brun-marron par le gaz hydro-chlorique ; brun-noir par le gaz sulfureux ; brun-noir passant au blanc jaunâtre par le chlore, etc. ; et remarquez que ces résultats artificiels se reproduisent dans plusieurs circonstances physiologiques et pathologiques, telles que l'hématose et les divers genres d'asphyxie. Chez les personnes délicates, lymphatiques, anémiques, le sang et pâle est séreux ; chez les individus mélancoliques, hypochondriaques, hémorrhoïdaires, lymphatiques, dans la chlorose, les maladies de langueur, dans les maladies chroniques du cœur, selon Reil, Meckel, Kreysig et autres, dans le scorbut, le choléra asiatique, le sang est foncé ou noir. Le sang veineux est clair et vermeil, quand la circulation est rapide, comme dans les fièvres et les phlegmasies fébriles, dans les hémorrhagies ; dans quelques circonstances, le sang se présente sous une apparence laiteuse : c'est ainsi, qu'en 1829, M. Gendrin publia l'observation d'un homme atteint de vertiges, dont le sang au sortir de la veine, était trouble, d'un rouge clair et devenait rouge blanchâtre et marbré, à mesure qu'il se refroidissait. Quelques gouttes tombées sur le carreau, blanchissaient en peu d'instans, et prenaient l'aspect du chocolat au lait. Au bout d'une demi-heure, le caillot nageait dans une grande quantité de fluide blanc et opaque, tout-à-fait semblable à du lait. (*Journ. génér. de méd.*) « De là, dit M. Raspail, grande rumeur » parmi les médecins et les chimistes ; or, cela s'expliquait » par la formation d'un acide (d'origine inconnue), lequel » avait favorisé la coagulation de l'albumine, et produisait » ainsi l'aspect *marbré* du sang et *lacté* du sérum. En effet, » analysé par M. Caventou, ce sérum ne contenait plus d'al- » bumine, et la présence de l'acide était directement prou- » vée par l'action du liquide sur le carreau ». Les progrès d'une inflammation, ajoute M. Raspail, sont capables de produire sur le sang des effets analogues.

Tout le monde sait que le sang présente une couleur jaune dans l'ictère bilieux, dans celui des nouveau-nés, dans l'endurcissement cellulaire, et après la morsure des serpens venimeux. Fourcroy rapporte que chez une femme

qui eut des hémorrhagies par les paupières, les narines et les oreilles, le sang, d'abord de couleur brune, passait bientôt au bleu. Enfin, la couleur du sang peut varier dans la même affection; c'est ainsi que dans la fièvre typhoïde, M. Andral l'a vu rosé, lie de vin, grisâtre, noir, etc.

La *saveur* du sang peut présenter des caractères particuliers. Lauer dit l'avoir trouvé d'un goût salé chez deux femmes affectées de syphilis, et le même auteur lui trouve une saveur acidule dans le rachitisme; il est, dit-on, amer dans l'ictère, et révèle ainsi conjointement avec la couleur, la présence des principes de la bile.

Le sang comporte une *odeur* nauséabonde dans le scorbut et dans la variole confluente, selon Haller, qui probablement n'a pas confondu l'odeur propre du sang avec celle de la suppuration, dans les fièvres dites malignes, putrides; et dans celles-ci Huxham prétend lui avoir trouvé une odeur réellement putride au sortir de la veine.

La *chaleur* du sang varie également dans certaines affections. Lauer prétend que dans les maladies inflammatoires, il conserve plus long-temps sa température à l'air libres. Dans la maladie bleue ou cyanose, la chaleur du sang est au-dessous de son type normal, et dans le choléra asiatique, on l'a vue descendre de 32 à 21 degrés.

Après sa sortie du vaisseau, le sang subit une espèce de séparation de ses élémens, qui constitue la formation du sérum et du caillot; cette séparation est plus ou moins prompte et parfaite, selon certaines circonstances pathologiques : elle est prompte dans les maladies inflammatoires, comme l'ont démontré Gendrin et Barthels, et comme le prouve l'observation journalière; elle est lente au contraire, et plus ou moins imparfaite dans le scorbut, les fièvres graves et lorsqu'une atteinte vive et profonde est portée à l'innervation. Il n'est pas inutile, je pense, de rappeler ce qu'on a dit sur le mécanisme de ce phénomène : la coagulation, dit M. Denis, d'accord avec la plupart des observateurs, est un phénomène de *mort* du sang, et, conséquemment à cette opinion, il conclut que la fibrine des muscles, pendant la vie, est liquide dans des utricules de gélatine condensée. Selon M. Raspail, l'albumine que le sang contient en grande abondance est tenue en dissolution pendant la vie, comme nous l'avons déjà dit, par un alcali, la soude et surtout l'ammoniaque; or, après sa sortie du vaisseau, l'acide carbonique de l'atmosphère et celui qui se forme dans le sang, saturent le menstrue de l'albumine, laquelle se précipite en caillot (nous avons vu que la fibrine n'est autre chose que de l'albumine). De plus, l'évaporation de l'ammoniaque, et surtout l'évaporation de l'eau du sang, qui sort en fumant de la veine, abandonnent aussi une certaine quantité d'albumine dissoute, qui concourt ainsi à la formation de ce même caillot. Il n'est donc pas nécessaire d'invoquer ici l'abandon de la vie, la *mort* du sang; car tout s'explique simplement par les lois de la chimie.

Arrivons à l'examen successif du sérum et du caillot isolés : la quantité du *sérum* varie selon des conditions que nous avons établies au sujet de la consistance du sang en masse. Nicolas et Gueudeville ont observé, dans le diabétès, la prédominance du sérum sur la fibrine. Le sérum est jaunâtre après l'ingestion de la rhubarbe, dans l'ictère et dans les maladies inflammatoires; il est, dit-on, d'un jaune pâle dans la gale; trouble et blanchâtre chez quelques femmes affectées de péritonite puerpérale. Lauer l'a vu lalteux chez un homme atteint de néphrite. Davy et Marcet l'ont vu de même couleur dans le diabétès, et Traill dans l'hépatite. F. Hoffman dit qu'il est trouble, livide, couvert d'une pellicule blanchâtre dans les maladies cachectiques; on l'a vu également contenir un mucus trouble dans la syphilis. Werlhoff, dans les fièvres intermittentes soporeuses, l'a vu recouvert d'un enduit gélatineux qui s'élevait en voûte; il est très-coagulable chez les enfans affectés d'endurcissement cellulaire; il est quelquefois surnagé par des gouttes d'apparence huileuse, sur l'origine desquelles les opinions ont beaucoup varié. M. Rayer les a rencontrées dans le sang d'un individu asphyxié par le charbon, et chez lequel de semblables globules huileux furent rencontrés dans l'urine. Le sérum acquiert plus de pesanteur dans les maladies inflammatoires, pesanteur qui diminue par les boissons abondantes, les saignées répétées et la putréfaction. Relativement à la composition chimique du sérum, Traill l'a trouvé plus albumineux dans les maladies inflammatoires. Le sérum chez les cholériques contient moins d'eau et plus d'albumine et de sels; il est moins alcalin que dans l'état de santé.

Passons au *caillot*. Selon M. Lobstein, il se couvre d'une écume permanente dans la pléthore et les maladies inflammatoires; lorsque ce phénomène est accidentel, les bulles sont plus grosses et disparaissent plus vite. Les vacuoles qui se forment dans le caillot, indiquent un haut degré de coagulabilité; son volume est généralement en rapport avec l'état des forces vitales. M. Rayer a remarqué qu'il ne rougissait pas à l'air dans le choléra où pourtant il est plus considérable, mais cela en raison de la déperdition des parties liquides du sang. Le caillot est plus dense en hiver qu'en été, selon la remarque d'Autenrieth. Tous les praticiens ont observé cette densité plus grande chez les individus robustes, pléthoriques, et dans les maladies inflammatoires; il est au contraire mou, diffluent, noirâtre dans les affections typhoïdes. Hunter et Lauer ont observé qu'il se putréfie moins vite chez les jeunes sujets que chez les vieillards; cette putréfaction est aussi plus prompte dans les affections de mauvais caractère et aux approches de l'agonie; dans les maladies qui comportent un caractère de malignité, le caillot dépose quelquefois un sédiment noirâtre et pulvérulent, ce qui ne s'observe jamais dans les inflammations simples, selon Lauer et Gendrin. Selon Thompson l'albumine et la fibrine sont très-diminuées, dans le caillot du sang des cholériques, tandis que la matière colorante est très-augmentée.

Nous avons à parler d'un phénomène qui a beaucoup occupé les pathologistes, de la *couenne* dite inflammatoire. Quelles que soient les influences accidentelles qui peuvent modifier sa formation, la couenne n'en est pas moins un phénomène très-significatif dans certaines affections. Ainsi on l'observe dans la pléthore, dans l'état de grossesse, dans les inflammations un peu considérables des parenchymes, des membranes séreuses, des articulations, dans les fièvres intermittentes, la fièvre jaune, dans la forme du scorbut, qu'on appelle chaud, inflammatoire; quelquefois dans la syphilis, l'hydropisie, etc.; dans les inflammations intenses

elle est épaisse, dense, opaque, concave ou à bords relevés, tandis que dans les affections dites asthéniques, ou elle n'existe pas, ou elle est mince, molle, gélatineuse, verdâtre ou noirâtre. Lorsque le sang que fournit une saignée est couenneux, il perd cette qualité lorsque le malade tombe en syncope (Gendrin). La non-formation de la couenne est un assez bon indice des bornes qu'il convient de mettre aux évacuations sanguines. Des expérimentateurs modernes, M. Mondezert en particulier, ont démontré que la couenne provient du sérum, puisque le sérum décanté la produit. Cet aperçu permet de saisir son analogie avec les fausses membranes, que Bichat considérait comme de l'albumine coagulée.

On a fait peu de recherches sur les variations des *élémens constitutifs* du sang dans les maladies; cependant ce que nous avons dit du sérum peut s'appliquer à l'*eau*, comme ce que nous avons dit du caillot peut s'appliquer à la *fibrine*, qui le constitue presque en totalité; or, nous savons qu'elle peut varier de quantité en plus ou en moins, qu'elle peut-être plus ou moins infiltrée, coagulable ou diffluente. M. Dupuy a vu la quantité de fibrine diminuer des deux tiers par la ligature des nerfs pneumo-gastriques, tandis que Mayer a vu le sang se coaguler par l'effet de cette ligature. Toujours est-il constaté par ces expériences et celles de M. Dupuytren et autres, que l'innervation influence puissamment l'hématose. L'*albumine* est considérablement augmentée dans les maladies inflammatoires: l'abondance de la *matière colorante* est ordinairement en rapport avec celle de la partie coagulable; quant aux autres élémens alcalins, acides ou salins, nous possédons peu de données précises; cependant nous avons déjà vu que l'acidité du sang est appréciable dans quelques circonstances; que plusieurs observateurs ont constaté la prédominance des sels dans le choléra, et qu'on a fait des découvertes précieuses, relativement à la présence de certains principes de formation spontanée, ou surajoutés à la masse du sang, découvertes sur lesquelles nous allons revenir. Nous savons, de plus, qu'une série d'expériences a été entreprise sur ce point à l'hôpital de la Charité, sous la direction de M. Bouillaud.

Voilà pour le sang considéré, pour ainsi dire, d'une manière intrinsèque dans l'état morbide; jetons maintenant un coup d'œil sur les sources des modifications qu'il peut recevoir par addition ou soustraction des principes survenus spontanément, ou par le mélange d'élémens extérieurs; commençons par cette dernière catégorie. Le passage de certaines substances ingérées par l'estomac dans le torrent circulatoire est incontestable, et lorsqu'on ne peut les extraire du sang, leur présence se révèle tout aussi manifestement par leurs effets; tels sont l'opium, l'alcool, etc. Ce principe est la base de la thérapeutique. On connait les effets mortels de l'air introduit dans les veines voisines du cœur. Les expériences de MM. Gaspard, Leuret, Dupuy, Magendie, Bouillaud, ont constaté que l'introduction des miasmes par les organes circulatoires, respiratoires ou digestifs, par toutes les voies d'absorption enfin, produisaient des altérations du sang, parfaitement semblables à celles qu'on observe dans la fièvre typhoïde *spontanée;* celle-ci, qu'on est forcé d'admettre lorsque l'individu se trouve dans des circonstances hygiéniques salutaires, et lorsqu'il n'y a point de lésions d'organes (Andral), est cependant plus rare qu'on ne pense, si l'on tient compte des absorptions qui peuvent s'opérer dans l'intimité des organes contenant des sources d'infection, tels que des foyers gangréneux, purulens, des accumulations de matières stercorales, comme le démontrent les recherches modernes sur la résorption purulente, les considérations de M. Bouillaud sur la fièvre typhoïde, etc. Les miasmes ne sont, du reste, que les analogues des venins, dont l'inoculation va manifestement altérer la masse sanguine, des vapeurs qui constituent la cause formelle des asphyxies, des virus dont l'existence est incontestablement démontrée par leurs effets, tous agens qui rentrent dans la grande classe des poisons. Une des plus belles conquêtes de l'humorisme moderne, belle en ce qu'elle éclaire singulièrement la thérapeutique de certaines maladies désespérantes, c'est la découverte du rôle que jouent certains principes dans la production de ces maladies; on pressent que nous voulons parler des recherches de M. Magendie sur les causes de la gravelle, et de celles qui ont éclairci la nature de la goutte, maladies dont on peut se préserver et quelquefois guérir en se privant de tels ou tels alimens qui contiennent de l'azote en grande quantité, et qui, par conséquent, favorisent la formation de l'urée que MM. Prévost et Dumas, avons-nous dit, ont trouvée dans le sang. Certains produits sécrétés peuvent passer en nature dans le torrent circulatoire, tels sont la bile, dont la présence dans le sang constitue l'ictère, et cause probablement ces fièvres dites à bon droit bilieuses; l'urine dont la diffusion est évidemment la cause de la fièvre urineuse; et le lait, peut-être, dont nous concevons tout aussi bien la résorption, que celle des liquides précédens, et à l'appui de laquelle la science moderne possède quelques observations qui seraient plus concluantes si nos moyens chimiques nous permettaient de distinguer le caséum de certains principes qui présentent les mêmes apparences; enfin, le pus produit de sécrétion anormale, qui pour nous, est évidemment absorbé, et par sa présence dans le sang donne lieu à la fièvre purulente. Le pus n'est pas le seul produit morbide qui puisse passer dans le sang; on a surpris, pour ainsi dire, la matière tuberculeuse, la matière encéphaloïde pénétrant d'un foyer dans les veines émulgentes.

Il y a plus, ces produits peuvent se former de toutes pièces, au sein même de la masse sanguine, ce qui nous conduit à parler des produits nouveaux spontanés: on ne compte plus aujourd'hui les observateurs qui ont rencontré du pus au centre de caillots sanguins, phénomène curieux, et dont nous nous proposons de tirer d'importantes déductions, relativement à la théorie de l'inflammation. Béclard avait déjà trouvé de la matière encéphaloïde dans un caillot renfermé dans le cœur, lorsque M. Velpeau, qui a tant fait pour la pathologie humorale, en rencontra un autre dans un caillot de la veine cave; or, qui ne sent toute l'importance que de telles observations donnent à l'humorisme, lorsqu'on voit de pareilles lésions organiques se former, pour ainsi dire, sans l'intervention des solides? surtout lorsqu'on sait déjà que dans la fibrine se développent spontanément des vaisseaux, se forment des sécrétions, s'organisent des tissus. Des gaz se produisent accidentellement dans le sang, ce qui s'observe particulièrement dans les affections dites putrides, l'empoi-

sonnement par les matières septiques, etc.; on a trouvé dans le sang, des calculs qui vraisemblablement provenaient de concrétions ossiformes développées dans les membranes vasculaires; autant on peut en dire des entozoaires rencontrés dans le sang : cependant on conçoit qu'ils puissent prendre naissance dans le liquide lui-même, puisque là gît une puissance organisatrice.

Nous terminerons en rappelant les altérations du sang, qui peuvent résulter de ses mouvemens exagérés, des perturbations dans l'acte respiratoire, des vices de la digestion, des désordres de l'innervation, toutes causes dont l'influence est facile à concevoir, et dont quelques-unes s'enchaînent réciproquement. Nul doute qu'un mouvement fébrile prolongé ne soit une cause d'altération pour le sang; car son intégrité doit dépendre de la régularité des mouvemens natifs, dont la perversion amène nécessairement des troubles dans l'arrangement moléculaire; aussi voyons-nous le mouvement fébrile donner lieu aux localisations inflammatoires : mais le fait est directement prouvé par l'observation de Duhamel, qui a vu le sang d'animaux surmenés donner lieu, par inoculation, au développement d'inflammations gangréneuses, absolument comme celui des animaux auxquels MM. Gaspard, Dupuy, Bouillaud, transfusaient des matières putrides. M. Rochoux a vu une fièvre putride se développer chez un homme qui avait fait une course forcée. Les troubles de la respiration altèrent directement l'hématose, et nous ne doutons pas, par exemple, que l'insuccès de la trachéotomie, pratiquée trop tard après l'invasion des diverses angines qui la nécessitent, ne tienne à l'altération profonde que le sang a déjà subie, et dont il ne peut revenir malgré le rétablissement des voies respiratoires. Tout le monde conçoit l'influence d'un mauvais estomac sur l'hématose, et les relations directes qui existent entre la cachexie et les vices de la digestion. Nous avons déjà parlé, en passant, de l'influence de l'innervation sur la crâse sanguine, et nous ne doutons pas que les actes cérébraux n'exercent aussi une action prochaine sur le sang, surtout si l'on admet l'analogie du fluide nerveux avec l'électricité qui, ainsi que le prouvent les effets de la foudre, et d'après les expériences de Bellingeri et Rossi sur les modifications que subit l'électricité du sang dans les maladies, est un élément essentiel du fluide vivificateur.

On trouvera sans doute fort incomplète cette récapitulation des lésions du sang; mais d'abord nous avons dû nous restreindre aux proportions d'un journal, ensuite nous n'avons eu pour but, dans cette partie de nos *prolégomènes*, que de démontrer en fait l'altérabilité du sang dans les maladies; ce n'est ici qu'une simple énumération, les développemens trouveront leur place dans l'histoire particulière de chaque classe de maladies, et de chaque maladie en particulier, considérées sous le point de vue de l'humorisme. Pour le moment nous nous sommes simplement proposé d'établir les propositions suivantes, qui n'ont aujourd'hui rien de nouveau, mais qui n'ont pas reçu de démonstrations suffisantes.

1° L'altération du sang dans une foule de maladies, est un fait patent;

2° Que cette altération soit appréciable ou non par nos moyens d'investigation, elle est démontrée par les lois de la physiologie;

3° Qu'elle soit primitive ou secondaire, spontanée ou provoquée, l'altération du sang joue un rôle immense dans l'évolution des maladies;

4° En conséquence, elle doit être prise en grande considération dans l'application des moyens thérapeutiques.

Dans un prochain article, nous examinerons les altérations des humeurs émanées du sang.

ACCOUCHEMENS.

Présentation de l'épaule.— Terminaison par les seuls efforts de la nature.

Observation communiquée par M. Eugène DELMAS, Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Le 27 mars dernier je fus appelé à donner des soins à une personne auprès de laquelle se trouvait une sage-femme qui, l'ayant assistée pendant la sortie d'un premier enfant, ne pouvait la délivrer d'un second qui se présentait par l'épaule. Cette dame, en proie à des douleurs fortes et fréquentes, était étendue dans son lit, le bras de l'enfant pendant entre les cuisses; elle me dit éprouver un besoin continuel d'aider les contractions utérines, quoique je lui conseillasse de ne point le satisfaire. Elle m'apprit qu'elle était enceinte pour la cinquième fois, et que ses accouchemens avaient toujours été heureux et faciles. La personne chargée de lui donner des soins me raconta que Madame H.... avait été facilement délivrée d'une fille venue en première position du vertex, qu'elle avait ensuite reconnu la présence d'un second enfant, dont la présentation n'avait pu être déterminée à cause de la hauteur à laquelle il se trouvait. Ce ne fut qu'une heure après, environ, que la rupture de la poche des eaux ayant eu lieu, on reconnut la présentation de l'épaule gauche, le dos tourné en avant, ce qui fut confirmé par la sortie du bras correspondant, qui franchit bientôt la vulve.

A mon arrivée, qui eut lieu vers minuit; deux heures après l'expulsion du premier jumeau, et une heure après l'évacuation des secondes eaux, je trouvai l'avant bras ayant franchi les parties génitales, placé de telle manière que le pouce correspondait aux os pubis et la paume de la main au côté droit de la mère; la chaleur du membre persistait, quoiqu'il fût engorgé et déjà brunâtre. Il me fut facile de diagnostiquer la présentation de l'épaule gauche, le dos en avant, la tête à droite et les fesses à gauche; en conséquence je me disposai à faire la version, et pour y parvenir aisément je fis placer la femme au bord du lit, couchée sur un plan incliné, les cuisses à demi-fléchies, les pieds reposant sur deux chaises assez écartées pour permettre de me placer entre elles. Je m'occupais à placer un lacs sur la main sortie, lorsque je vis l'épaule s'avancer de plus en plus de la vulve, et distendre fortement le périnée. La force des douleurs, et ce que je voyais, me firent abstenir de toute tentative, je me bornai au rôle d'observateur. Quel fut mon étonnement de voir, à la suite de contractions réitérées, un mouvement de rotation bien sensible de droite à gauche, à la suite duquel le fœtus fut expulsé, avec tant de rapidité que j'eus à peine le temps de le retenir.

Les rapports des parties entre elles étaient les suivans : L'épaule sortie d'abord, fut suivie de la poitrine, qui se dégagea peu à peu en suivant l'axe du détroit inférieur, tandis que, relevée et appliquée sur l'abdomen, la tête franchit brusquement les parties génitales, placée en arrière du pubis, l'occiput un peu à gauche et en avant, le front à droite et en arrière; le côté gauche du thorax correspondait, au contraire, au coccyx; la face dorsale tournée vers la cuisse gauche de la mère. La délivrance ne tarda pas à s'opérer, et la femme, replacée dans son lit, n'a rien offert d'important à noter.

Quant à l'enfant, il était du sexe masculin, vivant, et depuis sa naissance aucun accident n'a fait craindre pour sa vie. Les seules lésions qu'il présentait étaient un engorgement du bras gauche, fortement ecchymosé. Les mesures prises avec le compas d'épaisseur, ont fait connaître :

1° Que le diamètre occipito-frontal avait quatre pouces moins deux lignes; 2° le diamètre bi-pariétal, trois pouces un quart; 3° la grande circonférence de la tête, onze pouces huit lignes; 4° le diamètre bi-huméral, cinq pouces neuf lignes; 5° la longueur totale, dix-sept pouces. Le poids de l'enfant, déduction faite des langes, était de six livres moins deux onces.

La mère, d'une taille moyenne, âgée de trente-six ans, d'un tempérament sanguin, jouissait d'une bonne santé, et chez elle le travail avait toujours été heureux, dans les quatre accouchemens qui avaient précédé celui-ci.

La mensuration du bassin a donné sept pouces un quart de l'épine supérieure du sacrum au pubis; obliquement de la partie saillante de l'articulation sacro-iliaque gauche au trochanter droit, neuf pouces quelques lignes : ce qui établit à peu près les dimensions ordinaires pour les diamètres antéro-postérieur et obliques.

Réflexions.

Le petit nombre d'accouchemens par l'épaule, publiés et connus jusqu'ici, ont eu pour objet des enfans morts ou des avortons, et aucune de ces observations ne contient les détails nécessaires pour porter la conviction dans tous les esprits; celle que je publie me semble offrir toutes les garanties désirables. Les détails dans lesquels je suis entré relativement à l'enfant, prouvent assez que ce n'était point un avorton, et la vie, dont il n'a pas cessé de jouir, ne permet pas de ranger cet accouchement dans la même catégorie que ceux où l'enfant étant mort, est sorti tout pelotonné sur lui-même. Ainsi donc, l'on ne peut refuser d'admettre qu'un enfant bien conformé et vivant est sorti par l'épaule, sans que la version ait été faite naturellement ou par l'art.

Cette terminaison est si opposée à ce qu'indiquent tous les auteurs, et à ce que j'ai vu moi-même, que j'ai cherché à m'en rendre raison; et c'est dans l'ordre suivant lequel les parties se sont dégagées, que je crois en trouver la possibilité. En effet, couché en travers du détroit supérieur, le côté gauche de l'enfant s'est engagé par l'épaule correspondante, et la tête, placée sur la ligne marginale droite, s'est relevée ainsi que le tronc; les contractions s'exerçant sur les parties les plus élevées, ont dû presser sur le tronc et sur la tête, mais le premier n'offrant pas de rebords, se trouvant déjà dans la direction de l'axe du détroit supérieur, la partie la plus inférieure, le thorax, a franchi ce détroit et pénétré dans l'excavation. Il ne restait donc soumis à l'action directe de la matrice que la tête et l'abdomen, et nous avons noté que cette action avait été forte et continue. La raison refuse-t-elle d'admettre qu'avec de tels efforts, chez une femme bien conformée (ayant peut-être le bassin un peu large), une tête de quatre pouces, se présentant transversalement ou obliquement, ait franchi la ligne marginale en même temps que l'abdomen? L'on sait que, lorsque le diamètre occipito-frontal mesure un des diamètres obliques, l'autre est en rapport avec le bi-pariétal; ou en d'autres termes que, lorsque le diamètre le plus étendu de la tête est en rapport avec un des diamètres les plus larges du bassin, nécessairement l'axe le moins considérable de la tête est aussi en rapport avec l'autre diamètre le plus étendu. Il est tout naturel de croire que dans le cas actuel, lorsque l'ovoïde céphalique se sera présenté au détroit supérieur reployé sur l'abdomen, celui-ci aura naturellement occupé l'intervalle laissé libre entre une des bosses pariétales et la cavité cotyloïde correspondante. Une autre circonstance qui n'aura pas peu contribué à faciliter encore ce mouvement, c'est la mobilité des parois abdominales qui, en se moulant sur la tête, l'auront suivie dans les mouvemens qu'elle a dû exécuter. Ce que nous ne faisons que supposer pour le détroit supérieur, a été évident pour l'inférieur, dont les diamètres ne sont certes pas plus étendus; mais ici le cocci-pubien étant le plus favorable, il était nécessaire que les parties fussent placées dans les rapports les plus convenables, c'est aussi ce que la nature a fait par le mouvement de rotation qui a précédé la sortie de l'enfant. J'ai indiqué, en effet, que ce mouvement s'était opéré de droite à gauche, que la tête était venue se placer obliquement en arrière des pubis, tandis que le thorax s'était logé dans la concavité du sacrum. On le voit, jusqu'ici la nature ne s'est point déviée de la marche qu'elle suit ordinairement, et c'est surtout dans le dernier temps que nous avons pu suivre de l'œil, qu'elle nous montre combien notre raisonnement est admissible. En effet, comme dans l'accouchement naturel par le vertex, la partie la plus postérieure a été expulsée la première, en exécutant sur les os pubis un mouvement d'arrière en avant, comparable à la déflexion de la tête. C'est ainsi que le thorax qui, par le mouvement de rotation, avait été dirigé en arrière, s'est dégagé le premier, et après sa sortie, la tête, nullement gênée, a franchi brusquement le détroit inférieur et les parties génitales habituées à céder.

En me résumant, je dirai, 1° que l'accouchement par l'épaule n'est pas toujours impossible, mais que cette exception ne doit pas dispenser d'avoir recours à la version. 2° Dans une semblable présentation, et dans des circonstances favorables, comme le cas de jumeau, lorsque la version n'a pas été exécutée, je crois que, au lieu d'avoir recours à la détroncation, il vaudrait mieux refouler l'épaule et opérer des tractions sur le thorax, pour le dégager d'abord, et imiter ce qu'a fait la nature dans l'observation que je rapporte (1). 3° La vie dont jouit l'enfant qui en est l'objet, me parait avoir été conservée par la promptitude avec laquelle l'accouchement s'est terminé; mais on ne peut nier que la pression et les diverses inflexions de la colonne vertébrale, auxquelles on est obligé d'avoir recours, quoique fâcheuses, laissent pourtant des chances de vie qu'anéantit la détroncation. 4° Cette manœuvre, que la nature nous montre possible aujourd'hui, mieux étudiée, peut, dans quelques circonstances, devenir fort utile; aussi croyons-nous devoir la conseiller de préférence à la détroncation, surtout si la mort de l'enfant n'était pas certaine.

---

(1) En effet, si une pareille manœuvre n'amenait pas le résultat que je propose, elle faciliterait toujours l'évolution par les fesses, dont des observations assez nombreuses prouvent la possibilité.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

MAI 1834.

Mémoire sur le traitement de la stomatite ou inflammation de la bouche

M. Brée, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Douai, a publié, dans les Mémoires de Médecine militaire, quelques considérations sur un nouveau traitement de la stomatite, affection si commune et quelquefois si rebelle à nos moyens de traitement. Ce chirurgien assure qu'il n'a jamais envoyé à l'hôpital un seul malade atteint de stomatite, pendant huit années qu'il a passées dans un régiment comme chirurgien aide-major. Par le traitement employé, les malades étaient guéris en deux à trois jours, quelquefois en cinq ou six, jamais en plus de huit ou dix. L'analyse de quelques-unes des observations citées dans le Mémoire donnera une idée exacte de la méthode de M. Brée.

Un soldat entra à l'hôpital le 31 octobre; il sortait des hôpitaux de Maubeuge et Valenciennes, où il avait été traité sans succès avec des gargarismes émolliens, et des sangsues aux angles des mâchoires. A son entrée, les dents étaient recouvertes de mucosités épaisses et de concrétions d'un gris jaunâtre, les gencives tuméfiées, rouges, ulcérées, saignantes; la joue était gonflée du côté gauche; la mastication était douloureuse et ne pouvait s'opérer que difficilement; l'haleine était infecte, toutes les dents étaient saines.

La bouche fut aussitôt nettoyée avec soin, d'abord au moyen des instrumens propres à cette opération, ensuite en promenant sur les dents et les gencives ulcérées un pinceau trempé dans de l'acide nitrique très-affaibli (une partie d'acide sur huit au moins en volume d'eau), de manière à détruire entièrement les mucosités, à dissoudre les faibles incrustations de tartre restantes, et à cautériser légèrement les ulcérations des bords libres des gencives.

Les dents recouvrèrent à l'instant leur blancheur, et l'haleine cessa d'être fétide. On prescrivit un gargarisme émollient, acidulé avec l'acide hydrochlorique, et une poudre dentifrice, portée sur les gencives à l'aide d'une brosse douce. Le troisième jour de son entrée à l'hôpital, cet homme fut renvoyé guéri à son corps.

Chez un autre soldat, la maladie datait de six semaines au moins. Le même moyen fut employé, et de plus on eut recours à l'extraction de plusieurs dents cariées. Au bout de quatre jours, le malade sortit parfaitement guéri.

Cinq autres observations sont citées par M. Brée, et dans chacune un succès à peu près semblable a été obtenu. Sur ces sept exemples de guérison, deux ont été obtenus en trois et quatre jours, deux en sept, et les trois derniers en huit et neuf.

La poudre dentifrice employée par ce chirurgien est composée de huit à dix parties, en poids, de charbon, une partie de crême de tartre et quelques grains de chlorure d'oxide de calcium. Cette poudre est portée sur les gencives avec une brosse douce, et préalablement mouillée, ou avec un morceau de racine de réglisse que les malades sucent pendant quelque temps, de manière à ne laisser que la substance ligneuse.

Les ulcérations de la bouche doivent être touchées plusieurs fois avec le caustique que nous avons indiqué. L'acide nitrique, ainsi affaibli, n'a aucun effet fâcheux sur l'émail des dents, quand on ne l'emploie qu'un petit nombre de fois (1).

Luxation de la première phalange de l'index sur la seconde, avec dilacération de la peau guérie par la simple réduction; Par M. LECADRE, docteur en médecine au Havre.

Au mois de février 1834, un ferblantier, âgé de vingt-cinq ans, occupé à mettre des gouttières à une maison, tombe d'une quinzaine de pieds de haut, sur le côté gauche. La main de ce côté supporta presque tout le poids du corps; et comme tous les doigts étaient entièrement fléchis, à l'exception de l'index qui ne l'était qu'incomplétement, ce fut ce doigt qui supporta tout l'effort de la chute: l'extrémité de la première

---

(1) Le rédacteur du Recueil dans lequel ces intéressantes observations sont publiées fait remarquer qu'il existe deux espèces de stomatites; l'une résultant de l'habitation dans des lieux froids et humides, de campagnes faites pendant l'hiver, etc.; l'autre dépendant de la malpropreté, ou d'une disposition accidentelle à l'inflammation et à l'ulcération des joues et des gencives. Les premières sont ordinairement épidémiques et accompagnées de grands désordres dans les viscères; elles réclament surtout un traitement intérieur et hygiénique. La méthode de M. Brée ne leur est applicable que comme auxiliaire des autres moyens; mais dans la seconde espèce, la maladie étant purement locale, les moyens locaux conseillés par ce médecin peuvent être considérés comme principaux et même suffisans pour amener la guérison.

phalange se sépara de son articulation avec la seconde, et fit une ouverture à la peau de six lignes de longueur, à la face palmaire du doigt, passant à côté du tendon. Appelé sur-le-champ, ma première intention fut de faire l'amputation du doigt; mais enhardi par les lumières d'un confrère, qui déclara avoir vu un cas semblable guérir sans amputation, j'essayai la réduction, après avoir préalablement bien lavé la plaie. L'extension se fit au moyen d'un lac passé à l'extrémité du doigt, la contre-extension sur le poignet, et après avoir fatigué le doigt par ces deux forces opposées en ligne directe, au moyen d'un autre lac, appliqué sur la tête de l'os sorti, je le portai fortement en haut; au bout de quelques minutes, un bruit particulier et la rectitude du doigt m'avertirent que la réduction était complète. La plaie fut recouverte d'un plumasseau de charpie enduit légèrement de cérat; des attelles en carton furent appliquées en avant et en arrière du doigt, le tout maintenu par un bandage. Une saignée d'une livre fut aussitôt pratiquée, et le malade fut mis à la diète. La fièvre qui s'ensuivit fut peu forte. Le même pansement fut renouvelé chaque jour; au huitième la cicatrisation était parfaite. Aujourd'hui il existe un léger mouvement dans l'articulation de la première phalange sur la seconde; mais, comme je l'avais prévu, et j'en avais averti le malade, malgré les bains et les douches, l'ankilose semble vouloir persister.

LEÇONS CLINIQUES DE LA PITIÉ.

§ Ier. — *Considérations pratiques sur l'anthrax et son traitement.*

Dans le cours du mois dernier, plusieurs malades, portant des anthrax bénins sur diverses parties du corps, ont été admis à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfrane. Les tumeurs qui constituaient ces anthrax ont été incisées crucialement et jusqu'à leur base, et la guérison a été complète dans un espace de temps fort court. Cette circonstance a fourni au professeur l'occasion d'émettre son avis sur la nature de l'affection qui nous occupe, et sur le traitement à lui opposer.

Long-temps les auteurs ont été divisés d'opinion sur la nature de l'anthrax bénin, que beaucoup d'entre eux assimilaient au charbon, le regardant comme contagieux et devant toujours se terminer par la gangrène. Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens modernes pensent avec raison que l'anthrax n'est autre chose qu'un énorme furoncle, produit par l'inflammation d'une certaine quantité de petits flocons du tissu graisseux contenu dans les couches profondes de la peau (chorion). Ces petits flocons en se tuméfiant pressent sur les parois des cellules du chorion dans lesquelles ils sont logés, et la résistance qu'opposent celles-ci à leur développement détermine une inflammation par étranglement qui ne tarde pas à être suivie de la mort des parties, si la maladie est livrée à elle-même.

On peut facilement suivre la marche de l'inflammation dans l'anthrax, et se convaincre que sa gangrène est due à l'étranglement des tissus enflammés, et non uniquement à une cause interne et inconnue, comme le pensaient les anciens. Si de très-bonne heure on incise crucialement un anthrax jusqu'à sa base, on distingue très-bien les flocons de tissu graisseux remplissant les cellules du chorion; l'anthrax est-il plus avancé, on peut après l'incision de la tumeur faire sortir ces flocons à l'état purulent. Enfin ce n'est que lorsque l'inflammation a été livrée à elle-même pendant un certain temps, que l'organisation de la tumeur cesse d'être appréciable. Non-seulement alors les flocons de tissu graisseux, mais aussi les parois des cellules qui les logent, sont frappés de gangrène, et se détachent sous forme de lambeaux plus ou moins considérables.

Si, après avoir divisé en deux parties un anthrax bénin, on abandonne à la nature la moitié de la tumeur qui le constitue, et qu'on divise convenablement l'autre moitié en deux parties, en ayant soin d'exercer chaque jour quelques pressions sur les bords des solutions de continuité, pour évacuer le pus formé dans les cellules, on verra bientôt la portion de la tumeur qui aura été incisée crucialement, guérir à la manière du phlegmon, tandis que l'autre portion restera frappée de mort; preuve évidente qu'ici la gangrène n'était point essentielle, mais seulement le résultat d'une constriction trop forte des parties tuméfiées.

La nature de l'anthrax une fois bien établie, deux indications se présentent pour le traitement: la première, qui consiste à faire avorter l'inflammation dès son principe, et la seconde, à s'opposer à l'étranglement des parties enflammées.

Si donc on est appelé dès le début, on appliquera au pourtour de la tumeur trente à quarante sangsues, dont on fera long-temps saigner les piqûres, en les lavant avec de l'eau tiède, et les couvrant ensuite d'un large cataplasme de farine de lin. Fort souvent l'anthrax naît sous l'influence d'une affection gastrique; le chirurgien devra en même temps, s'il y a lieu, diriger son traitement sur l'estomac, en appliquant quelques sangsues sur la région épigastrique, et en soumettant le malade à la diète et aux boissons délayantes: en agissant ainsi, on parvient souvent à arrêter le développement de la tumeur et on guérit en peu de jours.

Mais si l'on a affaire à un anthrax déjà très-développé, les antiphlogistiques seuls ne sauraient convenir et c'est à l'ouverture de la tumeur qu'il faut avoir recours.

L'emploi de la potasse caustique, conseillé par quelques chirurgiens, doit être complètement rejeté. L'irritation très-forte qu'elle déterminerait sur des parties déjà très-douloureuses pourrait donner lieu à l'augmentation de la fièvre et produire le tétanos. En outre l'action du cautère potentiel ne saurait être assez bien appréciée: il vaut donc mieux recourir au bistouri, en observant les préceptes suivans:

1° On doit toujours commencer l'incision à une ligne et demie au moins en deçà du mal, et la prolonger à une ligne et demie au-delà. Sans cette précaution un cercle inflammatoire se reproduit, et l'étranglement n'étant pas détruit, la gangrène s'empare de la tumeur.

2° Il faut pratiquer l'incision de gauche à droite quand on opère de la main droite, et de droite à gauche si l'on procède de la main gauche.

3° On sait qu'il est de règle en médecine opératoire, lorsqu'on veut faire une incision cruciale, de la pratiquer en trois temps pour éviter le froncement de la peau qui souvent recule devant le bistouri. Ainsi, après avoir incisé la peau

transversalement dans l'étendue nécessaire, on pratique une nouvelle incision qui, dirigée de bas en haut, remonte sur la partie moyenne de l'incision transversale, puis une autre incision qui partant de haut en bas doit venir tomber au point de réunion des deux autres. Dans l'anthrax, l'engorgement des parties est tel, qu'on peut ne faire que deux incisions, l'une transversale et l'autre perpendiculaire.

4° Mais par cela même que la peau dans l'anthrax n'éprouve pas de rétraction, il arrive presque toujours que, bien qu'on ait incisé largement la tumeur, les bords de la solution de continuité tendent à se réunir; de là la nécessité de placer profondément dans la plaie une tente de charpie qui les maintienne écartés sans cependant trop les comprimer. A chaque pansement on retire cette charpie et on la remplace par d'autre, après avoir pressé doucement sur la tumeur pour faire sortir les flocons de tissu cellulaire réduits à l'état purulent.

5° La profondeur à donner à l'incision doit varier suivant le volume de la tumeur, et comme il est urgent de la diviser dans toute son épaisseur, on incise aussi loin que les tissus crient sous l'instrument : c'est ordinairement jusqu'à l'aponévrose placée sous la peau qu'on est forcé de pénétrer. Si cependant l'inflammation s'étendait au-delà, il ne faudrait point hésiter à diviser l'aponévrose elle-même pour prévenir tout étranglement.

6° Enfin, lorsque l'anthrax siége sur une partie exposée à supporter le poids du corps, on ne saurait trop recommander au malade de ne point se coucher sur la tumeur qu'une certaine pression pourrait faire tomber en gangrène, bien qu'on l'eût incisée convenablement.

§ 2. — *Considérations pratiques sur le traitement des plaies de la tête.*

La rapidité avec laquelle se cicatrisent ordinairement les plaies de la tête a fait donner par la plupart des chirurgiens le conseil de toujours tenter la réunion immédiate de celles qui intéressent les parties molles externes du crâne, n'importe le corps qui les ait produites, à moins pourtant que les lambeaux ne se trouvent complètement désorganisés.

M. Lisfranc pense que si cette méthode de traitement réussit dans quelques circonstances, il en est une foule d'autres où elle donne lieu à des graves accidens. Ainsi la réunion ne s'opère souvent que superficiellement, le pus séjourne dans le fond de la plaie, irrite les tissus avec lesquels il est en contact, et, fusant sous le cuir chevelu, y détermine une inflammation plus ou moins étendue et qui peut facilement se communiquer aux enveloppes du cerveau. L'avis de ce praticien est donc qu'on ne doit jamais recourir à la réunion immédiate des bords d'une solution de continuité intéressant les tégumens du crâne, l'expérience lui ayant démontré qu'en maintenant béantes les plaies de ce genre jusqu'à parfaite cicatrisation, on s'oppose à tout engorgement inflammatoire un peu considérable de la partie lésée.

Lorsqu'un malade affecté de plaie de tête est apporté à l'hôpital de la Pitié, voici comment on procède au pansement.

Après avoir lavé convenablement les parties et rasé dans une certaine étendue le pourtour de la solution de continuité, on place entre ses bords une mèche composée de quelques brins de charpie qu'on enfonce aussi profondément que possible, de manière cependant à ne point comprimer les tissus et à laisser au pus un libre écoulement. Si les bords de la plaie offrent un écartement considérable, on les maintient rapprochés à une ligne de distance à l'aide de bandelettes agglutinatives, et la mèche, placée comme nous venons de le dire, s'oppose à leur réunion immédiate. Une compresse fenêtrée enduite de cérat, de la charpie et un bandage roulé complètent l'appareil.

Les lèvres de la plaie viennent-elles à se tuméfier, on enlève les bandelettes agglutinatives, on maintient seulement la mèche, et on recouvre le tout d'un large cataplasme de farine de lin mis entre deux linges, et dont on continue l'emploi jusqu'à la disparition des symptômes inflammatoires; on revient ensuite à l'usage des agglutinatifs, en observant les précautions indiquées. La mèche doit être maintenue jusqu'à l'entier développement des bourgeons charnus. Plus tard on panse à plat en employant seulement la compresse fenêtrée enduite de cérat et recouverte d'un plumasseau de charpie, et ordinairement au bout de quinze à vingt jours la cicatrisation est obtenue.

Mais il peut arriver qu'on ne soit point appelé aussitôt après l'accident produit; souvent ce n'est que lorsque les bords de la plaie sont déjà réunis superficiellement et qu'ils sont le siége d'un étranglement inflammatoire plus ou moins intense, que les malades viennent réclamer les secours du médecin. Ici, l'opinion des auteurs varie sur la conduite à tenir : les uns veulent qu'on pratique aussitôt le débridement, qui, disent-ils, fait promptement disparaître les accidens; d'autres, attribuant la principale cause de l'inflammation qui s'empare des parties dans les plaies de la tête, à la section incomplète du filet nerveux, et à un embarras gastrique sous l'influence duquel se développent souvent ces symptômes, conseillent de recourir à la diète, aux saignées de bras et de pied, aux fomentations émollientes et narcotiques, et aux vomitifs avec le tartre stibié; enfin, si les accidens persistent, à l'opération indiquée et pratiquée par Pigrai, et qui consiste à faire une incision perpendiculaire à la direction du nerf, et qui comprenne les nerfs piqués ou coupés incomplètement.

Le débridement de la plaie entraîne toujours avec lui de graves inconvéniens, et l'opinion de M. Lisfranc est qu'on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé vainement tous les autres moyens thérapeutiques. En effet, de larges incisions pratiquées sur des tissus enflammés ou doués d'une extrême sensibilité, produisent des douleurs atroces. En outre, les incisions doivent s'étendre profondément, et la dénudation de l'os qui en résulte retarde de beaucoup la cicatrisation de la plaie, et n'est pas toujours sans danger.

La saignée générale, dont on retire un si grand avantage dans les inflammations des organes parenchymateux, ne saurait être employée seule dans les plaies des tégumens du crâne, dont la phlegmasie est plus immédiatement placée sous l'influence de la circulation capillaire. Néanmoins elle convient toutes les fois que le sujet est fort et robuste, pour combattre la fièvre et les accidens généraux qui compliquent presque toujours les plaies de ce genre. Quant à l'opinion émise par quelques auteurs, que la saignée de pied pratiquée dans ces circonstances détermine une irritation du foie, elle

ne jouit aujourd'hui d'aucune valeur, l'expérience ayant démontré que les inflammations qui, à la suite des plaies de tête, se développent dans le foie, sont uniquement dues à la secousse éprouvée par cet organe, lors de la chute du malade. Ces saignées, employées comme révulsives, peuvent au contraire être d'un grand secours.

M. Lisfranc rejette complètement l'emploi, dans les plaies de la tête, du tartre stibié qui, suivant lui, a le grand inconvénient de faire affluer les liquides au cerveau, dans les efforts que fait le malade pour vomir.

Aux divers traitemens décrits ci-dessus, ce praticien conseille de substituer le suivant.

Lorsqu'on est appelé près d'un malade dont la plaie a déjà éprouvé un commencement de cicatrisation, et s'il y a imminence d'inflammation sous-aponévrotique, on doit de suite détruire les adhérences qui maintiennent réunis les bords de la solution de continuité; on y fait placer une mèche de charpie pour prévenir toute réunion ultérieure, on recouvre le tout d'un cataplasme émollient, et on soumet en même temps le malade à une diète absolue, aux boissons délayantes, et on prescrit des bains sinapisés matin et soir. Si le tube intestinal est en bon état, que la pression exercée sur le ventre ne produise pas de douleur, on administre l'huile de ricin à la dose d'une once et demie à deux onces, ou un demi-lavement dans lequel on fait dissoudre une demi-once de sulfate de soude. Si au contraire la maladie est compliquée de gastrite, on la combat par des sangsues appliquées à l'épigastre. Lorsque le sujet est fort et sanguin, on pratique au bras une saignée de trois palettes, et presque immédiatement après on applique aux apophyses mastoïdes quinze ou vingt sangsues, et on favorise l'écoulement du sang pendant deux ou trois heures. Le lendemain, si l'inflammation conserve encore de son intensité, que le pouls ne soit pas trop affaibli, on fait au pied une saignée dérivative de deux palettes, et on réitère l'application des sangsues, suivant la force du sujet et l'intensité du mal, jusqu'à l'amendement marqué des symptômes inflammatoires.

Ce traitement, employé depuis plusieurs années dans le service de M. Lisfranc, a obtenu des succès incontestables. Sur vingt malades atteints de diverses plaies de tête, et observés dans le cours d'une année, dix-huit on guéri sans qu'on ait eu besoin de recourir au débridement, qui pourtant, employé chez les deux autres, n'en a pas moins réussi.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

—

§ 1er. — *Considérations pratiques sur l'orchite blennorrhagique ou gonflement inflammatoire du testicule, suite de la blennorrhagie; ses causes, son développement, sa marche, son traitement.*

On a désigné improprement dans ces derniers temps sous le nom d'orchite syphilitique l'inflammation du testicule ou de ses membranes, succédant, soit à une blennorrhagie, soit à une affection syphilitique devenue générale. Cette dernière a été plus spécialement appelée testicule vénérien, dénomination qui ne convient en aucune manière au gonflement inflammatoire du testicule, suite de blennorrhagie, et que le vulgaire désigne sous le nom de *chaude-pisse tombée dans les bourses*. Ces deux affections offrant des différences extrêmes dans leurs causes, leur marche et le traitement qu'il convient de leur opposer, elles vont être étudiées successivement dans deux articles séparés.

Les opinions de M. Cullerier sur l'orchite blennorrhagique sont fort différentes de celles que l'on retrouve dans les auteurs. Fondées sur l'observation d'un grand nombre de faits, et depuis long-temps professées par ce médecin, elles demandent à être exposées avec quelque détail, et méritent toute l'attention de nos lecteurs.

La plupart des médecins qui ont écrit sur les maladies vénériennes regardent toujours l'orchite blennorrhagique comme une métastase de l'inflammation urétrale. L'observation prouve que cette opinion est juste dans un très-petit nombre de cas, mais que presque constamment le testicule ne s'enflamme que par l'extension de l'inflammation dans les conduits éjaculateurs, les vésicules séminales et le canal déférent. L'inflammation de l'urètre se propageant ainsi jusqu'au testicule par des causes que nous énumérerons plus bas, peut se borner au cordon, à l'épididyme, atteindre le testicule lui-même, ses membranes propres, ou enfin toutes ses enveloppes.

En effet, en examinant un grand nombre de sujets atteints de blennorrhagie, on remarque d'abord que ce n'est presque jamais au début de l'urétrite que l'inflammation s'empare du testicule : c'est qu'à cette époque la muqueuse qui tapisse la fosse naviculaire est encore seule enflammée; plus tard la phlegmasie pénètre plus avant, et c'est alors qu'il peut en résulter le développement d'une orchite. Les malades s'aperçoivent d'ailleurs des progrès de cette inflammation; presque toujours ils éprouvent vers la partie profonde du canal de l'urètre de la gêne et de la douleur pendant un jour ou deux avant que le testicule soit enflammé.

L'inflammation des conduits éjaculateurs et des vésicules séminales n'est pas un accident très-rare, du moins nous devons le supposer par la fréquence des engorgemens du cordon que nous observons, et des douleurs que les malades éprouvent dans cette région, douleurs qui, dans l'orchite, s'étendent d'ailleurs habituellement dans la hanche et jusque dans la région lombaire. Souvent même de petits abcès se forment à l'anneau et peuvent faire croire à quelque autre lésion. Depuis quatre mois, cinq ou six cas semblables se sont présentés à l'hôpital des Vénériens; le tissu cellulaire enveloppant le cordon s'enflammait et suppurait comme les bubons de l'aine, et parfois il a fallu en faire l'ouverture : le foyer s'est toujours promptement cicatrisé après l'écoulement du pus.

Mais, le plus souvent, c'est le point où le cordon se replie sur lui-même pour former l'épididyme qui est le siége de l'inflammation, et c'est, dans le plus grand nombre des cas, par sa partie inférieure qu'elle débute. On sent alors derrière le testicule une tumeur plus ou moins volumineuse, alongée, sensible à la pression, et qui constitue la maladie. L'épididymite est donc beaucoup plus commune que l'orchite proprement dite; mais souvent aussi l'inflammation s'étend à la

glande elle-même. Dans d'autres cas, enfin, l'inflammation occupe les membranes communes au cordon et au testicule, et c'est alors qu'on observe ces énormes orchites, dans lesquelles la partie tuméfiée offre quatre ou cinq fois son volume ordinaire. La tumeur pendante entre les cuisses est de forme oblongue, égale, luisante, plus ou moins douloureuse, suivant le siége des parties enflammées et beaucoup de causes relatives au tempérament de l'individu, aux excès auxquels il s'est livré, et aux circonstances dans lesquelles il a vécu. La peau elle-même, qui, dans certains cas, participe à l'inflammation, offre une rougeur érysipelateuse, et contribue à l'augmentation de la tumeur.

Telle est la description succincte de l'orchite blennorrhagique; les différentes nuances que nous venons d'exposer se distinguent parfaitement quand on a, comme à l'hôpital des Vénériens, un très-grand nombre de sujets soumis à l'observation. On peut, en quelque sorte, suivre la phlegmasie, qui, du canal de l'urètre, passe dans le canal déférent, et gagne l'épididyme et le testicule. Cette progression de l'inflammation est des plus sensibles, et souvent une forte application de sangsues faite à propos arrête tout-à-coup sa marche et s'oppose à son extension au reste de l'organe. Dans quelques cas, cependant, l'orchite se produit par une véritable métastase; mais ce n'est qu'une exception fort rare à la règle que nous venons d'établir.

Les auteurs qui ont attribué constamment l'orchite à un déplacement de l'inflammation ont prétendu que l'écoulement se supprimait complétement; mais cette assertion est tout-à-fait contraire à l'observation. Un grand nombre d'orchites blennorrhagiques sont traitées chaque semaine à l'hôpital des Vénériens, chez presque tous il y a diminution seulement de l'écoulement urétral, mais jamais on n'observe sa suppression complète. Voici le résumé de quelques notes que nous avons prises à ce sujet.

Le 4 décembre, six malades ont été reçus affectés d'orchites. Chez presque tous l'écoulement blennorrhagique avait diminué à mesure que le testicule avait pris du développement, mais chez aucun d'eux il n'était supprimé complétement. Un malade, couché au n° 6 de la seconde salle, portait un testicule fort volumineux, quoique l'écoulement restât abondant; il fut saigné du bras, et vingt sangsues furent appliquées sur le trajet du cordon. Chez la plupart des malades l'épididyme était le siége principal de l'inflammation; mais chez l'un d'eux, couché au n° 59 de la même salle, le testicule lui-même était enflammé et distendait violemment la tunique albuginée. L'épididyme ainsi que le cordon restaient libres; aussi les douleurs étaient-elles extrêmement violentes. Une saignée avait été pratiquée et des sangsues avaient été mises avant son entrée à l'hôpital, mais il en était résulté peu de soulagement; quinze sangsues furent appliquées de nouveau, et le malade maintenu à une diète sévère.

Le 20 février, on a reçu quatre affections semblables. L'un des malades, couché au n° 28, avait un écoulement depuis un mois: depuis huit jours seulement le testicule du côté droit s'était enflammé; l'écoulement était peu abondant; le testicule du volume d'un gros œuf de dinde; le scrotum œdématié et érysipélateux; aucune émission sanguine n'a été pratiquée. On s'est borné à faire des frictions d'un demi-gros d'onguent mercuriel sur la tumeur.

Au n° 40 était un autre malade qui depuis six semaines avait un écoulement abondant; depuis quinze jours le testicule gauche s'était gonflé et l'écoulement avait beaucoup diminué. L'épididyme seul était le siége de l'engorgement. On s'est borné à l'application de quelques topiques émolliens.

Les deux autres offraient des circonstances à peu près semblables. Dans toutes ces observations, la résolution de l'orchite a été promptement obtenue sans que l'écoulement soit devenu plus abondant.

Nous pourrions citer un très-grand nombre de faits de ce genre, car les malades affectés de simples blennorrhagies étant rarement reçus dans l'hôpital, ils continuent de se livrer à leurs travaux ordinaires, et quand l'inflammation s'est propagée au testicule, ils se présentent de nouveau avec une affection beaucoup plus grave.

L'orchite combattue par des moyens convenables n'offre le plus souvent que peu de gravité; au bout de quinze jours ou trois semaines, le testicule a repris son volume ordinaire, l'épididyme seul reste engorgé; mais cet engorgement se dissipe avec le temps. Cependant il est quelques circonstances extrêmement fâcheuses qui dépendent sans doute de la constitution des individus, et rendent cette affection presque incurable chez certains malades. En effet, l'inflammation a une tendance singulière à passer d'un testicule à l'autre dès que le malade reprend ses occupations ordinaires, et même dès qu'il abandonne le lit. Ainsi, nous avons vu, au n° 32 de la seconde salle, un homme qui avait à diverses reprises contracté des blennorrhagies; ses deux testicules avaient chaque fois été pris d'inflammation et successivement pendant un temps fort long. A son entrée à l'hôpital, il n'avait presque plus d'écoulement, mais un des deux testicules était encore considérablement gonflé. Des sangsues et le repos dissipèrent facilement cet engorgement. Dès qu'il voulut se lever et marcher, l'autre testicule s'enflamma; on employa les mêmes moyens, et la résolution fut encore promptement obtenue; mais une nouvelle rechute ne tarda pas à survenir. Après divers essais infructueux, on administra à ce malade la potion iodée. Il était en bonne voie de guérison, lorsqu'il voulut sortir de l'hôpital.

Dans d'autres circonstances, les malades se présentant trop tard à l'hôpital, l'orchite s'est terminée par suppuration. La glande peut alors se vider et ne plus offrir qu'une sorte de moignon, lorsque le testicule lui-même est le siége de l'inflammation: lorsqu'il y a seulement épididymite, il s'établit des fistules qui sont presque incurables. M. Cullerier n'a pas de faits positifs pour déterminer si dans ces sortes de fistules le conduit séminifère lui-même est perforé et si le sperme s'écoule au dehors avec le pus, ou si le tissu cellulaire environnant l'épididyme fournit seul à la suppuration.

Il serait inutile de nous étendre sur les causes de l'orchite; puisque nous avons prouvé que dans la plupart des cas ce n'était autre chose que l'extension de l'inflammation urétrale, elle reconnaîtra pour cause tout ce qui peut contribuer à augmenter cette inflammation. Ainsi la marche forcée, le coït, la constipation, les injections, les excès en tous genres détermineront l'inflammation des testicules chez des individus atteints de blennorrhagie. Au n° 53 a été couché, le 20 février, un homme qui avait contracté une blennorrhagie

le 1er janvier. Des médicamens pris à l'intérieur supprimèrent l'écoulement; mais après quelques jours de marche la blennorrhagie reparut, et enfin le testicule du côté droit s'engorgea. Nous avons parlé ailleurs d'un homme chez lequel des injections d'eau tiède développèrent une violente orchite : il nous serait facile de citer bon nombre d'accidens de ce genre à la suite d'injections irritantes. Au n° 57 est encore dans ce moment un homme entré à l'hôpital pour un abcès urineux. Deux incisions avaient été pratiquées et le malade allait fort bien, lorsque la sonde qu'il fallut maintenir dans l'urètre ayant un jour pénétré avec difficulté, le testicule du côté droit ne tarda à pas s'engorger.

Dans tous ces cas, il est évident que l'orchite s'est développée sous l'influence d'une cause irritante, et qu'on ne peut nullement attribuer cet accident à une métastase, puisque s'il y a eu de la diminution dans l'écoulement, le développement d'une inflammation plus forte dans des parties voisines, explique suffisamment le décroissement de l'urétrite.

Si nous avons tant insisté sur ce point, c'est qu'il en découle les considérations pratiques les plus importantes pour le traitement. Ainsi les auteurs, partant de cette idée, qu'il y avait métastase, ont conseillé de tâcher de ramener l'inflammation dans le canal, par l'introduction d'une sonde chargée d'une substance irritante. L'expérience a démontré à M. Cullerier que cette pratique était vicieuse, et que lorsqu'on réussissait ainsi à reproduire l'urétrite, on n'avait fait autre chose qu'aggraver le mal en augmentant l'étendue des surfaces enflammées. L'orchite n'en est nullement amendée; mais puisqu'une inflammation aiguë a passé du canal de l'urètre dans les organes sécréteurs du sperme, il faut développer avec activité tout l'appareil antiphlogistique, afin d'arrêter ses progrès et d'obtenir une terminaison par résolution. Ainsi les malades sont mis à une diète sévère et à l'usage de boissons adoucissantes, ils gardent le repos le plus parfait, et, suivant la gravité du cas, on a recours à la saignée du bras ou aux applications de sangsues. La saignée générale est souvent nécessaire quand les sujets sont jeunes, quand ils souffrent beaucoup, et surtout quand la glande elle-même est le siége de l'engorgement. Pratiquée au début de l'orchite, elle arrête fréquemment son développement.

Au n° 18 de la seconde salle, était un homme en traitement depuis une quinzaine pour une orchite du côté gauche. Il était presque guéri, lorsqu'après avoir marché dans la salle plus long-temps que de coutume, il fut pris d'une orchite du côté opposé. Le 27 mars le testicule était peu gonflé, mais il était excessivement douloureux. Le moindre contact arrachait des cris au malade; une très-large saignée du bras fut aussitôt pratiquée; elle arrêta l'inflammation dans son début, et quelques jours de diète suffirent ensuite pour amener la résolution de l'engorgement.

La saignée doit en général être très-abondante, et il ne faut pas hésiter à y recourir de nouveau quand il ne survient pas une amélioration marquée.

Au n° 24 est un jeune homme très-vigoureux, qui est entré le 2 avril à l'hôpital avec une orchite très-grosse et très-douloureuse du côté gauche. Une saignée du bras lui fut pratiquée; le lendemain l'amélioration était peu prononcée; on fit une nouvelle saignée beaucoup plus copieuse que la première, et l'on seconda son effet par l'application de 15 sangsues sur le testicule. Deux jours après, la tumeur était plus molle, moins douloureuse au toucher; aujourd'hui 10 avril, elle est diminuée de plus des trois quarts de son volume.

M. Cullerier fait appliquer les sangsues sur la tumeur elle-même, quand c'est le testicule qui est enflammé; mais quand l'inflammation siége dans le cordon ou l'épididyme, c'est sur son trajet et même jusque sur l'anneau qu'il fait pratiquer la saignée. Quand la peau du scrotum est érysipélateuse et enflammée, il faut bien se garder d'y appliquer des sangsues. Les cataplasmes, les bains, les demi-bains, les fomentations émollientes secondent les émissions sanguines. On fait aussi un fréquent usage du liniment suivant :

Prenez : Huile camphrée, une once;
Laudanum, un gros.

Frictionner le testicule trois ou quatre fois par jour; on recouvre ensuite la tumeur d'un cataplasme émollient. On fait aussi des frictions avec la pommade suivante :

Axonge, une once;
Extrait de belladone, un à deux gros.

Mais une précaution essentielle est de vider l'intestin qui, dans cette affection, est presque toujours rempli de matières fécales. Enfin, il faut tenir les malades à la diète la plus sévère et au repos parfait.

Quand ce traitement antiphlogistique a calmé l'inflammation, ou quand les malades sont faibles et que les symptômes inflammatoires sont peu prononcés, on a recours aux frictions stimulantes pour hâter la résolution de la tumeur. Ainsi l'on fait usage des frictions mercurielles, un quart à un demi-gros par jour, sur le testicule, ou de la pommade d'hydriodate de potasse; ou enfin, des emplâtres de ciguë ou de Vigo. Quelquefois on se borne à envelopper le testicule avec une flanelle sèche que l'on recouvre d'un morceau de taffetas.

Le gonflement chronique du testicule est aussi combattu par les fumigations d'eau vinaigrée. On place sur un réchaud un vase contenant un quart de vinaigre dans trois quarts d'eau de sureau; le vase est ensuite recouvert d'une sorte d'entonnoir, et la vapeur dirigée vers le testicule, en prenant des précautions pour que le malade n'en soit pas brûlé.

Il arrive quelquefois que lorsque la membrane vaginale est enflammée, il s'accumule dans son intérieur une certaine quantité de liquide : c'est un effet assez ordinaire de l'inflammation de la vaginale. Quand le testicule a repris son volume ordinaire, il peut rester encore une hydrocèle qui ne se résout pas complétement et que l'on combat avec avantage par des compresses imbibées d'eau végéto-minérale, ou d'eau contenant le tiers de son poids de teinture d'iode ou même de teinture d'iode pure. L'effet de cette lotion est de durcir l'épiderme du scrotum qui se détache par larges plaques. Quand ces plaques sont enlevées, on a recours à de nouvelles applications.

Tels sont les moyens employés par M. cullerier dans l'or-

chite blennorrhagique. Cette affection ne résiste pas en général à des soins bien entendus ; mais chez un grand nombre de malades, il reste une induration de l'épididyme qui persiste pendant plusieurs années. L'observation a prouvé que cette induration était sans inconvéniens pour le malade dans l'immense majorité des cas, et que la terminaison cancéreuse était presque sans exemple ; mais on ne peut se dissimuler que lorsqu'un individu a été atteint d'orchite, il est presque certain d'en voir se développer une seconde à la première blennorrhagie qu'il contractera. C'est d'ailleurs une loi commune à tous les organes pris d'inflammation. Cette induration peut encore, dans un très-petit nombre de cas, il est vrai, amener le développement d'une affection syphilitique générale, puisque ce n'est autre chose que l'urétrite propagée jusqu'au testicule, et que cette dernière maladie donne lieu quelquefois à des symptômes consécutifs.

Cette opinion sur la nature et le développement de l'orchite blennorrhagique renverse complètement, comme on le voit, l'hypothèse des médecins qui ont prétendu que la blennorrhagie syphilitique seule pouvait donner naissance à l'inflammation du testicule.

Les symptômes de l'orchite une fois dissipés, M. Cullerier ne soumet point les malades à un traitement mercuriel général ; de même que dans la balanite et la blennorrhagie dont nous avons parlé précédemment, le traitement local suffit pour préserver de l'infection consécutive, et depuis un grand nombre d'années que cette pratique est suivie par ce médecin, dans la ville et à l'hôpital des Vénériens, les rechutes qu'il a observées ont été si rares, qu'il a dû persister dans cette méthode de traitement.

Cependant, lorsque l'orchite blennorrhagique résiste à tous les moyens énumérés ci-dessus, on a recours à un traitement général par l'iode ou le mercure, comme nous allons le voir en traitant du testicule vénérien.

§ 2. — *De l'inflammation du testicule, symptôme consécutif de syphilis, ou testicule vénérien; son traitement par les mercuriaux et les préparations iodées.*

Le testicule vénérien est une affection tout-à-fait différente de celle que nous avons décrite dans l'article précédent; cette maladie est heureusement assez rare, car elle est grave et nécessite des soins variés et assidus. Elle dépend toujours d'une affection consécutive générale ; la moindre attention suffit d'ailleurs pour faire distinguer ces deux espèces d'orchites. Il y a en effet absence de blennorrhagie, le testicule n'est pas arrondi comme dans le premier cas, il s'alonge et prend la forme d'une poire. Ses enveloppes communes ne sont jamais affectées, mais la glande est unie à l'épididyme, et le tout forme une masse compacte et homogène. L'exemple suivant suffira pour tracer un tableau complet de cette affection.

Au n° 49 de la seconde salle a été reçu le 5 mars un homme d'une quarantaine d'années, affecté d'une double orchite. Il y a deux ans il vint dans cet hôpital pour se faire traiter de chancres et de syphilide; il prit dix bains de vapeurs de cinabre. Il contracta ensuite une blennorrhagie qui dura un mois, et pour laquelle il se borna à boire des tisanes. Il est évident en outre, malgré ses dénégations, que cet homme a eu un bubon en suppuration, puisqu'il porte dans l'aine du côté gauche une large cicatrice.

Il y a dix mois il éprouva de la douleur dans le testicule du côté gauche, qui ne tarda pas à se durcir et à se gonfler. Au bout de huit jours il s'aperçut que celui du côté droit se prenait à son tour. L'orchite continua à se développer, et lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital, les deux testicules avaient à peu près quatre ou cinq fois leur volume ordinaire. Ils étaient durs, fort lourds, pyriformes. Leur surface était lisse et unie. La main en les pressant trouvait de la résistance sur sous les points, et ne déterminait pas beaucoup de douleur. L'épididyme, et le testicule, ses membranes propres étaient réunis en masse et ne pouvaient nullement être distingués.

Le 8 mars, et sans autre préparation préalable, cet homme fut mis à l'usage de la solution de cyanure de mercure.

Prenez : Eau distillée, une livre ;
Cyanure de mercure, huit grains.

Demi-once à une once par jour en deux doses (1).

Ce malade fit en outre des fumigations locales de cinabre, fut mis au repos et à la demi-portion. Sous l'influence de cette médication, les testicules devinrent d'abord moins durs et moins douloureux, puis au bout de huit jours il était déjà possible de s'apercevoir d'une diminution dans leur volume. L'amélioration a continué jusqu'à ce jour (15 avril). Le testicule du côté gauche est à peu près réduit à son état normal ; celui du côté droit (dernier affecté) offre encore à peu près le double de son volume ordinaire, quoiqu'il ait beaucoup diminué.

On peut voir, par l'exposé de cette observation, à peu près tout le tableau qu'offre cette affection, bien différente en effet de l'orchite blennorrhagique. Avec un peu d'attention sur les antécédens, il serait impossible de les confondre ; mais on ne peut en dire autant de l'orchite cancéreuse ou même scrofuleuse. Nous sommes revenu assez souvent sur les différences que présentent ces diverses affections, pour qu'il ne soit pas nécessaire de s'étendre de nouveau sur ce sujet ; disons seulement que, dans certains cas, le diagnostic en est si obscur, qu'on est forcé de recourir à un traitement anti-syphilitique, avant d'en venir à l'extirpation de l'organe. Cette épreuve a souvent réussi à M. Cullerier, qui, dans sa longue pratique, ne s'est trouvé que très-rarement dans le cas de recourir à l'opération.

Ce médecin emploie généralement les préparations mercurielles contre le testicule vénérien : il est rare que les moyens locaux soient suffisans pour dissoudre cet engorgement ; mais un médicament qui dans un grand nombre de cas de ce genre a produit des effets merveilleux, c'est l'iode donné en potion, ainsi qu'il a été indiqué à dans un autre article. Ce médicament possède, dans les indurations des glandes, une action

(1) M. Cullerier préfère cette solution à la liqueur de Van-Swieten, qui est supportée bien plus difficilement par l'estomac.

qu'il n'est pas possible de mettre en doute, et son administration, convenablement surveillée, n'a pas d'inconvénient même chez les sujets maigres et affaiblis.

Un jeune homme, à la suite d'une orchite terminée par suppuration, offrait une fistule de l'épididyme avec induration du testicule. Les mercuriaux sous toutes les formes et tous les moyens imaginables avaient été employés sans le moindre succès. Ce jeune homme était arrivé à un état de pâleur et de maigreur extrêmes, mais son moral surtout était entièrement abattu, lorsque M. Cullerier, nonobstant l'extrême débilité, lui conseilla la potion iodée. Depuis six mois ce traitement est continué avec exactitude, et sous son influence la fistule s'est tarie complètement. L'engorgement du testicule primitivement affecté est tout-à-fait dissipé, et ce qui doit surprendre davantage, c'est que le malade a repris de la force, de l'embonpoint et de la fraîcheur. Le testicule du côté opposé, qui, dans le cours du traitement, avait été pris d'inflammation, est aussi en bonne voie de résolution. M. Cullerier se propose de continuer l'iode long-temps encore pour compléter la guérison.

Nous avons vu à l'hôpital des Vénériens deux cas à peu près semblables. Les malades sont sortis avant complète guérison, mais les fistules étaient cicatrisées, et l'induration du testicule qui avait résisté à plusieurs traitemens mercuriels, était en grande partie dissipée.

C'est donc par le mercure ou l'iode à l'intérieur, que M. Cullerier combat le testicule vénérien, affection ordinairement rebelle à tous les autres moyens de traitement. Il serait inutile de nous étendre davantage sur ce sujet, puisque nous sommes déjà revenu un grand nombre de fois sur l'administration de ces diverses préparations à l'hôpital des Vénériens.

Histoire d'une monomanie homicide, suivie de quelques réflexions sur cette maladie. Article communiqué par M. HENRI JOFFRE, docteur en médecine à Villeneuve-de-Berg. (Ardèche).

Antoine G.., de Villeneuve-de-Berg, âgé de trente-trois ans, d'un tempérament sanguin, avait toujours joui d'une bonne santé et de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, lorsque, le 20 septembre 1830, il devint triste et rêveur. La veille, il avait assisté à la représentation d'une tragédie, où l'on mettait en scène un enfant qu'on égorgeait et dont on faisait couler le sang aux yeux des spectateurs. La vue de ce sang et de la victime expirante avait fait une impression difficile à décrire sur ce jeune homme, qui fut aussitôt tourmenté du désir de répéter ce qu'il avait vu faire à l'acteur. Rentré chez lui, il repaît avec complaisance son imagination de ces horribles impressions. La nuit se passe au milieu de l'agitation la plus vive; il répand des pleurs et pousse des profonds soupirs; interrogé sur ce qu'il éprouve, il ne répond que vaguement et accuse seulement une pression, un resserrement à l'épigastre, où il porte continuellement la main. Sa femme, alarmée de cet état, cherche en vain à le calmer; les attentions qu'elle a pour lui semblent l'offenser. Il ne caresse plus ses enfans; on s'aperçoit même qu'il fuit leur présence; il évite surtout de se trouver seul avec eux. Il ne peut supporter la vue d'un instrument tranchant et d'une arme à feu, et recommande, sans en dire la raison, de ne pas en laisser chez lui. Son sommeil est court, agité et souvent interrompu par des rêvasseries bruyantes. Cette agitation est telle quelquefois qu'il descend de son lit et fuit avec précipitation, lorsque son plus jeune enfant s'approche de lui. Enfin, après six mois de combats continuels contre ce qu'il appelle *son malheureux sort*, G.... voit ces accidens s'aggraver; il devient furieux et menace de se suicider ne pouvant plus, dit-il, résister au penchant qui l'entraîne à verser le sang d'un de ses enfans. Appelé auprès de lui, je lui fais entrevoir toute l'horreur que doit lui inspirer l'action atroce dont il parle. Il convient que j'ai raison, qu'il sent la justesse de ce que je lui dis; qu'il voudrait suivre les conseils que je lui donne, mais qu'une puissance intérieure, invincible et indépendante de sa volonté, ne le lui permet pas. « Dans une position pareille, ajoute-t-il d'un ton animé et résolu, il vaut mieux que je m'ôte la vie que de me voir forcé de l'ôter moi-même à mon enfant. »

Ce que disait G.... il le pensait, car une heure après on l'arrêta au moment où il se précipitait dans un puits; le soir encore, il s'échappa, et on ne put l'atteindre que sur le bord du précipice où il allait se jeter. Je lui proposai alors la saignée, il y consentit sans difficulté: la vue du sang qui coule lui cause un si vif plaisir, que sa fureur est à l'instant calmée; le son de sa voix a perdu de sa rudesse; il promet de consentir à tout ce qu'on voudra exiger de lui, si on lui permet de laisser couler le sang jusqu'à défaillance. Il fallut employer la violence pour pouvoir ôter la ligature. Je prescrivis: *Eau de veau nitrée pour boisson, bains de pied sinapisés, diète absolue.*

Ces divers moyens ne font qu'affaiblir son physique sans remédier à l'état du moral; j'en continuai cependant l'emploi, en ajoutant le lendemain une application de 15 sangsues à l'épigastre, siége, selon lui, de tous les maux qu'il éprouvait. Je n'obtins pas de meilleur résultat; les symptômes semblèrent même s'aggraver. Les sangsues aux tempes et derrière les oreilles furent aussi infructueuses, ainsi que les antispasmodiques et les vésicatoires. Je cédai alors aux désirs du malade qui demandait instamment à être enfermé. Il ne tarda pas à vouloir sortir de sa prison, mais on lui en refusa la permission. Ce genre de correction fut pour lui un remède souverain. L'ennui qu'il éprouva dans un étroit cachot pendant quelques jours influa sur son moral d'une manière favorable. Depuis cette époque, sa monomanie s'est affaiblie graduellement. Aujourd'hui elle ne se montre que par intervalle, encore les accès sont-ils fort peu violens.

Voilà bien dans cette observation tous les signes caractéristiques de la monomanie: les symptômes n'ont pas d'abord été d'une grande violence, mais ils se sont aggravés avec le temps, au point que le malheureux G., ne se sentant plus assez de force pour résister au penchant qui l'entraînait, n'a pas vu d'autre parti à prendre, pour se soustraire au crime, que de se détruire lui-même. Remarquons que jusqu'au moment où il est devenu furieux par suite des contrariétés qu'il éprouvait et des violences de toute espèce qu'il était obligé de se faire, ses facultés morales n'ont point

paru altérées ; on ne pouvait voir chez lui que de l'ennui, de la tristesse et un chagrin qui le dominait. Il est hors de doute que si cet individu eût cédé à son penchant, il ne l'eût point fait avec liberté d'action ; eût-il dû alors être puni de mort? je ne le pense pas.

Une dame de Montpellier, fréquentant journellement la société, dont elle était un des plus beaux ornemens, alla consulter à diverses reprises M. le professeur Lordat, et lui déclara, les larmes aux yeux et le chagrin dans le cœur, qu'elle était tourmentée du désir de saisir un couteau et d'égorger son mari. Elle avoua même que plusieurs fois, poussée par son penchant funeste, elle l'avait poursuivi, l'instrument à la main, et qu'il n'avait dû son salut qu'à la fuite ou à la résistance. Le savant professeur, qui nous rapportait ce fait dans son Cours de physiologie de 1822, ajouta que cette femme était naturellement bonne, qu'elle aimait beaucoup celui contre lequel sa fureur se dirigeait et qu'elle en était payée de retour : Jamais, disait-elle au professeur, *je n'ai eu à me plaindre de mon mari.*

Je le demande : si cette malheureuse eût consommé le crime qu'elle méditait, pouvait-elle être atteinte par les lois? était elle plus coupable que cette autre femme qui, au rapport de M. le professeur Fodéré, fit un horrible repas de l'enfant qu'elle avait porté dans son sein et qu'elle allaitait encore ?

Pour expliquer ce fait, il faut bien admettre, avec le professeur de Strasbourg, le tempérament mélancolique et une éclipse totale de la raison ; mais combien n'est-il pas difficile de constater, chez la plupart des monomanes, cette absence de raison, même au moment de leur accès ! ma pratique particulière et un séjour de plusieurs années dans les hôpitaux de Paris et de Montpellier, m'en ont donné la triste preuve Les débats d'un procès auquel j'assistai durant mon séjour dans la capitale, celui du trop célèbre meurtrier Papavoine, ont ajouté à ma conviction. J'ai vu constamment les individus, au moment même de commettre l'action à laquelle leur penchant les entraînait, jouir *en apparence* de la même intégrité morale qu'ils avaient à une époque plus reculée.

Ces réflexions peuvent, ce me semble, s'appliquer à la monomanie suicide. L'illustre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, dans une de ses leçons cliniques, nous démontra d'une manière évidente que tout individu qui se porte au suicide a déjà éprouvé un dérangement dans ses facultés morales.

Il est difficile de concevoir à quel degré cette perversité morale peut parvenir, et à quels singuliers écarts l'homme peut se porter. Les faits suivans en font foi : « Un homme, nous disait dans la même leçon le chirurgien que je viens de citer, ayant appris que sa fille se conduisait mal, résolut de se suicider. En conséquence il se rend au bois de Boulogne, et là, au moyen d'un rasoir dont il s'était muni, il se fit l'ablation des parties génitales. » Je le demande : quel rapport y avait-il entre la conduite de sa fille et le genre d'opération auquel cet homme voulut se soumettre? J'ai vu dans le service de M. Dupuytren deux individus qui avaient voulu se donner la mort par des moyens non moins extraordinaires, l'un en s'enfonçant des épingles et des aiguilles dans toutes les parties du corps, et l'autre en les avalant. Un troisième, poussé par le désir irrésistible de se suicider, ne voulait pas y parvenir autrement qu'en se jetant d'une fenêtre en bas. J'ai observé ces trois malheureux dans leurs momens d'accès, et je puis l'affirmer, leur moral ne semblait pas sensiblement affecté. C'était de gaîté de cœur, avec connaissance de cause et avec un plaisir inouï qu'ils se portaient à de tels excès. Les douleurs qu'ils devaient déterminer paraissaient être pour eux une source de jouissances, ce qui prouve mieux que tous les raisonnemens possibles le dérangement de leurs facultés. Dans des momens de calme, c'est-à-dire quand ce funeste penchant au suicide perdait de sa force ou cédait entièrement, on a vu ces malheureux pleurer sur leur sort, et demander avec instance qu'on les délivrât d'un penchant dont l'idée seule leur faisait horreur.

Observation sur un cas de mutisme guéri par l'application de la pommade ammoniacale sur le sinciput ; par M. MARTIN SOLON.

Une fille, âgée de douze ans, fut atteinte, vers la fin de mai 1833, d'un entéro-encéphalite des plus graves. Il y eut perte de la parole dès le début, paralysie momentanée, évacuation de vers nombreux, etc. Tous les accidens se dissipèrent par un traitement bien entendu, mais le mustisme persista. Le 27 juillet elle entra à l'hôpital Beaujon. Le faciès était un peu hébété, cependant elle comprenait fort bien tout ce qu'on lui disait ; elle désirait y répondre, mais ne pouvait y parvenir. Sa langue exécutait tous les mouvemens désirables ; les sens étaient dans un état satisfaisant, et les membres agiles dans tous leurs mouvemens. On lui donna *six grains de calomel* en six doses, et l'on fit sur le sinciput des frictions avec *la pommade ammoniacale.*

Le 31 juillet, il survint des vomissemens, de la fièvre. On suspendit l'usage de ces moyens. Le 2 août, il y avait une fièvre miliaire. La malade souffrait beaucoup de sinciput et de la gorge. Des accidens du côté de l'estomac survinrent encore et forcèrent de recourir à un traitement antiphlogistique. Le 26 août, la malade se portait bien, mais elle était aussi incapable que lors de son entrée à l'hôpital de prononcer une seule parole. On mit *une ventouse derrière chaque oreille,* et, après avoir rasé la région de la fontanelle pariéto-frontale, on appliqua *la pommade ammoniacale dans l'étendue d'une pièce de 5 fr.* Il en résulta beaucoup de douleur, une vive irritation, mais pas d'escarre profonde. On continua à panser avec une petite quantité de pommade préparée depuis quelque temps.

Le 1er septembre, au moment où on pansait l'excoriation, elle jeta un cri sourd et rauque, et le lendemain elle prononça, d'une manière très-distincte, quoiqu'avec lenteur et difficulté, ces mots, *bonjour, monsieur!* puis, avec un son de voix rauque et désagréable, elle prononça peu à peu la plupart des mots en leur donnant des finales ou des accens qui ne leur appartenaient pas. Quelques jours d'exercice lui rendirent le libre usage de la langue. Le 15, on

cessa l'usage de la pommade ammoniacale, la malade avait complétement recouvré la parole.

De la vente des médicamens. — Quelles personnes peuvent les préparer et les vendre. — Privilége des pharmaciens ; exception à l'égard des médecins, des officiers de santé, des droguistes, des épiciers, des communautés, etc.

La préparation et la vente des médicamens ont excité dans tous les temps la sollicitude du législateur. On a compris que l'exercice d'une profession qui intéresse aussi essentiellement la santé publique, et dans laquelle la moindre erreur peut avoir les conséquences les plus funestes, ne pouvait être confié qu'à des hommes instruits et spéciaux, qui présentassent la garantie de leurs études préliminaires et de leurs connaissances acquises. Ce principe a dicté les lois les plus anciennes.

C'est ainsi qu'on trouve dans une ordonnance du 28 novembre 1638 la défense de composer, vendre ou distribuer aucunes médecines, drogues, faite à toute personne qui n'aurait pas été reçue maître apothicaire, à peine de confiscation desdites marchandises, et de 50 livres *parisis* d'amende. Cette prohibition est renouvelée par l'art. 11 de l'édit de juillet 1682 : « Faisons très-expresses défenses, porte cet édit, à toutes personnes de quelque profession qu'elles soient, excepté aux *médecins* approuvés, et dans le lieu de leur résidence, aux professeurs en chimie et aux maîtres apothicaires ; d'avoir aucuns laboratoires, et d'y travailler à aucunes préparations de drogues ou distillations, sous prétexte de remèdes, etc. »

Ces lois, qui restèrent en vigueur jusqu'à la révolution, furent un instant suspendues par la loi du 17 mars 1791, qui permit à toute personne d'exercer telle profession qu'elle voudrait. Mais les inconvéniens de cette excessive liberté furent promptement sentis : un mois s'était à peine écoulé, que la loi du 17 avril 1791 déclarait que « les lois, statuts et réglemens existant avant la loi du 17 mars, relatifs à l'exercice et à l'enseignement de la pharmacie, pour la préparation, vente et distribution des drogues et médicamens, continueraient d'être exécutés. »

La loi du 21 germinal an XI, qui régit encore cette matière, a confirmé et développé le même principe. L'art. 25 dispose que « nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre ou débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu selon les formes voulues jusqu'à ce jour, ou s'il ne l'a été dans une des écoles de pharmacie, ou par l'un des jurys suivant celles qui sont établies par la présente loi, et après avoir rempli toutes les formalités qui y sont prescrites. »

Il est donc bien établi par la législation que les pharmaciens seuls peuvent préparer et vendre les médicamens composés. C'est un monopole déposé entre leurs mains dans l'intérêt de la société. C'est le principe dominant de la matière. Examinons cependant si cette règle ne comporte pas quelques exceptions.

La première se trouve dans l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI, ainsi conçu : « Les officiers de santé établis dans des bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront fournir des médicamens simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

On doit remarquer que cette expression, les *officiers de santé*, comprend nécessairement tous les hommes de l'art, et par conséquent les médecins comme les chirurgiens, car il y a même raison de décider à l'égard des uns et des autres. Mais cette faculté qui leur est conférée de fournir des médicamens, est soumise à deux conditions qui sont : 1° de ne l'exercer que dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas d'officine ouverte, 2° de ne l'exercer qu'à l'égard des malades qu'ils soignent, sans pouvoir ouvrir une officine ; de là quelques difficultés.

D'abord, suffit-il qu'il y ait dans l'étendue de la commune une officine ouverte, pour qu'il soit défendu de profiter de la faculté de l'art. 27 ? La loi n'est point explicite à cet égard ; elle subordonne seulement l'exercice de la faculté qu'elle accorde au fait qu'il n'existe point d'officine ouverte *dans le bourg, dans le village, dans la commune* où le médecin est établi. Il résulte évidemment de ces différentes expressions, que le législateur a eu principalement en vue d'empêcher la vente des médicamens par un médecin et un pharmacien dans la même résidence. Ainsi, il nous paraît hors de doute que l'existence d'une officine à l'extrémité d'une commune, ne peut empêcher le médecin qui réside à l'autre extrémité de la même commune, de préparer et fournir des médicamens. La loi ne pose point à cet égard de règle absolue : la solution dépend de l'éloignement des deux localités, des difficultés des communications, et surtout des besoins des populations. En thèse générale, il est nécessaire que les médecins qui exercent dans les campagnes puissent fournir des médicamens aux malades qui sont éloignés des villes ou des bourgs où se trouvent les pharmaciens. L'art. 27 ne doit pas être resserré par une interprétation trop étroite ; l'utilité des habitans doit en être la règle comme elle en est le but.

D'ailleurs, le motif de sûreté publique qui assure aux pharmaciens le monopole de la vente des médicamens cesse d'exister ici ; car un médecin, un chirurgien, présente autant de garanties pour la préparation et le débit des remèdes, que le pharmacien lui-même. Ce n'est donc plus un intérêt public, mais bien un intérêt privé, celui du pharmacien, qu'il s'agit de défendre. Sans doute les médecins, en général, doivent se borner à ordonner les remèdes, et en laisser la vente aux pharmaciens : les conditions onéreuses qui sont imposées à ceux-ci exigeaient ce privilége. Mais, on le répète, ce n'est plus qu'une question d'intérêt privé, de concurrence, qui doit être négligée toutes les fois que la distance ne permet pas de recourir à l'officine d'un pharmacien.

Nous pensons donc que le point de savoir si le médecin ou l'officier de santé peut fournir des médicamens aux personnes qu'il soigne, dépend entièrement des circonstances

et des localités, et qu'il est autorisé à faire cette fourniture toutes les fois qu'une trop grande distance met l'officine du pharmacien hors de la portée des malades. L'intérêt du médecin, comme celui du pharmacien, s'efface ici devant un intérêt plus sacré, celui de l'humanité.

La loi restreint le droit des hommes de l'art de ne fournir de médicamens qu'*aux seules personnes qu'ils soignent ;* d'où l'on pourrait conclure qu'ils ne peuvent en débiter à leur domicile. Ce serait évidemment entendre ce texte dans un sens trop restrictif ; ce que la loi a voulu prohiber aux médecins, c'est uniquement d'ouvrir une officine ; mais il est visible que, dans les lieux où il n'existe pas de pharmacien, rien ne s'oppose à ce qu'ils vendent chez eux les médicamens dont les habitans peuvent avoir besoin. C'est pour éviter à ceux-ci des retards souvent funestes que cette exception a été établie ; d'ailleurs ils sont censés prendre ces remèdes d'après les conseils de l'homme de l'art qui les a préparés.

Mais ces règles ont-elles une sanction dans la loi ? Le médecin ou l'officier de santé qui vendrait des médicamens composés dans une résidence où il existerait une officine ouverte, serait-il passible d'une peine quelconque ? La loi n'en a prononcé aucune ; et les tribunaux ne pourraient dès-lors en infliger. Cependant quelques difficultés se sont élevées à cet égard, et nous les examinerons dans un prochain article. Dans tous les cas, il pourrait être interdit au contrevenant de continuer ce débit, et le pharmacien que cette vente aurait lésé serait fondé à intenter une action en dommages-intérêts contre lui. Nous reviendrons sur ce sujet.

La question s'est élevée de savoir si les médecins ou officiers de santé (établis dans les lieux où il n'y a pas de pharmacien) font un acte de commerce lorsqu'ils achètent les médicamens qu'ils fournissent à leurs malades, et par conséquent, s'ils sont justiciables des tribunaux de commerce, à raison du paiement des drogues qu'ils ont achetées. La Cour royale de Limoges, appelée à statuer sur cette question, l'a résolue en faveur des hommes de l'art : « Attendu que l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI permet aux officiers de santé, habitant les villages et bourgs, de débiter des médicamens aux malades qui les appellent ; que B..., officier de santé, en se livrant à ce débit et achetant les drogues nécessaires à la composition des médicamens qu'il fournit, n'a point fait un acte de commerce ; que l'administration des médicamens de la part des chirurgiens n'est qu'un accessoire indispensable et nécessaire de la profession libérale qu'ils exercent, profession qu'on ne peut pas confondre avec celle du négoce. » (Arr. 6 janvier 1827.) Il résulte de cet arrêt, dont la sage décision doit être suivie, que l'homme de l'art ne se trouve point assujetti, à raison des obligations qu'il aurait souscrites pour le paiement des drogues qu'il a employées, aux formes rigoureuses de la procédure commerciale, et surtout à la contrainte par corps.

Nous passons à l'examen des autres exceptions. On avait réclamé pour les curés la faculté de fournir des médicamens dans les communes qui n'ont pas de pharmaciens. Cette prétention a été reconnue dénuée de fondement. Il existe, à la vérité, un avis du Conseil d'Etat du quatrième jour complémentaire an XIII, qui autorise les curés et desservans à visiter et soigner *gratuitement* leurs paroissiens malades ; mais d'abord il ne suit pas de là qu'ils puissent exercer l'art de guérir, et dès lors, et à plus forte raison, qu'ils puissent préparer et vendre des médicamens.

Peut-on invoquer une exception semblable en faveur des communautés religieuses ? Cette question a été souvent agitée. L'ancienne législation ne laissait aucun doute à cet égard. L'art. 8 de la déclaration du 26 avril 1777 portait : » Ne pourront, les communautés séculières ou régulières, même les hôpitaux et religieux mendians, avoir de pharmacie, si ce n'est pour leur usage particulier et intérieur ; leur défendons de vendre ou débiter aucunes drogues simples ou composées, à peine de 500 fr. d'amende. « L'existence actuelle de cette loi a été contestée ; cependant quelques tribunaux n'ont point hésité à l'appliquer. (Arr. Cour de Paris des 2 juillet 1824 et 18 avril 1826.) Et ce qui semble la revêtir d'une sanction nouvelle, c'est que l'art. 30 de la loi du 21 germinal an X renvoie formellement *aux lois antérieures*, pour, en cas de contravention, être procédé contre les délinquans.

Mais alors même qu'on refuserait force légale à cette déclaration, il suffit des dispositions prohibitives de la loi de l'an XI, pour interdire aux communautés la vente de toute espèce de médicamens. En effet, cette loi prohibe en général la préparation et le débit des remèdes par toutes autres personnes que des pharmaciens. C'est d'après cette règle qu'une circulaire du ministre de l'Intérieur du 16 avril 1828 dispose « qu'on ne peut certainement pas interdire aux sœurs de charité la faculté de préparer des médicamens pour l'usage des établissemens auxquels elles sont attachées ; mais qu'elles ne peuvent débiter et vendre des remèdes composés, de véritables compositions pharmaceutiques, sans s'exposer à commettre des erreurs, dont elles ne sauraient prévoir toutes les conséquences.» C'est encore par suite du même principe que la Cour royale de Bordeaux a décidé, par arrêt du 28 janvier 1830, que « la prohibition est générale, et s'applique par conséquent aux sœurs de la congrégation de Saint-Vincent de Paul ; qu'on ne trouve dans la loi du 21 germinal an XI aucune distinction entre les remèdes *magistraux* et les remèdes *officinaux* (distinction proposée par les sœurs), et que la vente des uns et des autres est également interdite à toute personne qui n'a pas obtenu un diplôme de pharmacien. »

Il est donc constant que les communautés de femme ne peuvent vendre ou débiter aucunes préparations pharmaceutiques ; nous verrons plus loin de quelles poursuites l'infraction à cette prohibition les rendrait passibles.

Enfin, une dernière exception au privilége exclusif des pharmaciens, résulte des art. 33 et 37 de la loi du 21 germinal an XI ; elle a été établie en faveur des épiciers, des droguistes et des herboristes ; mais c'est moins une exception que la confirmation la plus expresse du principe même des monopoles. Ainsi, les épiciers et les droguistes sont autorisés à faire le commerce en gros des drogues simples, mais sans pouvoir les débiter au poids médicinal. Les herboristes peuvent de même vendre les plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches.

Telles sont les règles qui s'appliquent à la vente des médicamens. Il reste à examiner quelles pénalités sont applicables aux personnes qui enfreindraient les prohibitions qui viennent d'être exposées, soit que l'infraction soit commise

par un homme de l'art, un droguiste, une communauté ou un simple particulier. L'ambiguité de la loi a fait naître à cet égard quelques difficultés que nous examinerons dans un prochain article, ainsi que la législation relative à la vente des remèdes secrets. F. H.

VARIÉTÉS.

—

GAZETTE MÉDICALE DE MADRID.

Le docteur Alfaro nous écrit de Madrid, qu'à partir des premiers jours du mois prochain, une *Gazette médicale* paraîtra définitivement dans cette capitale, sous sa direction et celle de plusieurs médecins espagnols qui font honneur à leur patrie. « L'espagne, ajoute-t-il, dont les doctrines mé-« dicales sont depuis long-temps ensevelies dans un profond « oubli, offre cependant à l'observateur des opinions origi-« nales, des travaux curieux, et des points de vue qui ne « sont pas sans importance. »

En attendant, nous ne saurions mieux faire, pour donner une juste idée de ce recueil, que de mettre sous les yeux de nos lecteurs le passage suivant que nous traduisons du *Prospectus* écrit en langue espagnole.

« Presque tous les journaux publiés dernièrement en Espagne ont eu pour objet unique de nous faire connaître les progrès récens et l'état de la médecine dans les pays étrangers, en s'emparant, pour remplir ce but, des articles insérés dans les journaux de médecine de ces pays. Le véritablement important, l'indifférent, l'absurde, tout trouvait place dans leurs colonnes, et tout s'y présentait de la même manière, c'est-à-dire sans commentaire, sans critique, ni réfutation. Ces journaux donnaient les opinions médicales françaises, comme ayant force de loi en Europe; se bornant à faire connaître la doctrine régnante en France, et quelquefois dans une seule de ses écoles, ils prétendaient faire croire aux médecins espagnols, qu'ils les tenaient au courant de l'état de la science, dans tout le monde civilisé. La médecine nationale, dont la gloire excita autrefois l'envie universelle, n'occupait pas une seule page dans ces journaux, qui confirmaient ainsi, aux yeux des détracteurs de notre nation si mal connue, les injustes reproches de barbarie et d'ignorance qui lui ont été plus d'une fois adressés. Le temps est enfin venu pour les médecins espagnols de rompre ce silence qui voile leurs richesses; silence qu'ont si mal interprété ceux qui ne connaissent pas l'immense érudition de quelques-uns d'entre eux, l'instruction solide de la majorité, le goût sûr et l'instinct pratique de presque tous. Prouvons aux étrangers que les médecins espagnols étudient la science difficile à laquelle ils se sont voués, au chevet du malade, et dans le silence du cabinet, qu'ils lisent, méditent et jugent les œuvres scientifiques, antiques et modernes, sans autre but que d'approprier à leur pratique, les vérités qu'ils y rencontrent et qui ont déjà passé par le creuset de l'expérience. Ces indications sommaires revèlent suffisamment le caractère futur du journal que nous annonçons. Notre intention est d'y donner la préférence à tout ce qui est national, c'est-à-dire, à tout ce qui, en Espagne, se découvre, s'écrit, s'exécute ou se projette dans le domaine de la médecine, sans que pour cela nous négligions les connaissances qui nous arrivent du dehors, et qui présentent une importance réelle et positive. » D.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

MAI 1834.

N° DU 2.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Nouvelles expériences sur l'efficacité du poivre cubèbe contre la blennorrhagie ; par le docteur FENOGLIO, *chirurgien de la maison royale et de l'hospice celtique de Turin.*

C'est une collection de dix observations de gonorrhée dans lesquelles le poivre cubèbe a agi avec une efficacité plus ou moins prononcée. L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Le cubèbe est de tous les antiblennorrhagiques le moins dangereux, le moins désagréable à prendre, le plus constant dans son action ;

2° Il excite l'appétit, favorise la digestion, ne produit jamais la diarrhée ;

3° Il exerce une action manifeste sur les organes urinaires, chargeant les urines d'une couleur plus rouge et d'une odeur *sui generis ;*

4° Il ne transporte jamais l'irritation de l'urètre sur les testicules ; en sorte qu'il doit toujours être préféré au copahu, auquel l'auteur attribue toutes les propriétés fâcheuses dont le poivre cubèbe est exempt, selon lui. Il le donne à la dose de 3 scrupules par jour, dans la conserve de roses rouges, et le fait le plus général qui nous a paru résulter de ses observations, c'est qu'il faut de 2 à 4 onces de cubèbe, et de deux à quatre semaines de ce traitement, pour guérir la gonorrhée.

Observations de myélite suivies de considérations physio-pathologiques, par C.-F. BELLINGERI.

Pendant que de ce côté des monts, fondés sur les expériences de M. Magendie et de Ch. Bell, nous regardons généralement les cordons postérieurs de la moelle spinale comme conducteurs du sentiment, tandis que les autres appartiennent aux mouvemens, l'école physiologique italienne, s'appuyant aussi sur des expériences, professe une théorie toute différente. Selon Bellingeri, les cordons postérieurs président aux mouvemens d'extension, les antérieurs à la flexion des membres. Les expériences sur les animaux vivans ayant été impuissantes pour terminer ce différent, chaque opinion a cherché à s'étayer d'observations pathologiques. En France, la plupart ont été au profit de la théorie de M. Magendie ; la contre-épreuve se fait à présent en Italie, et c'est ce qui donne au fait suivant, recueilli par M. Bellingeri lui-même, un intérêt puissant pour la physiologie et la pathologie.

OPISTHOTONOS MORTEL. — AUTOPSIE.

Obs. — Une fille de la campagne, âgée de 13 ans, d'une constitution grêle, et affectée d'un goître notable, ayant d'ailleurs joui toujours d'une bonne santé, dormait habituellement dans une chambre humide. Le 25 juillet dernier, elle fut prise tout à coup et sans aucun frisson, d'une douleur à l'épaule gauche, avec une autre douleur au cou correspondant à la région du larynx, rigidité de tout le cou, douleur à la région de l'occiput, celle-ci aiguë et pongitive; et enfin difficulté d'ouvrir la mâchoire inférieure. Elle se leva toutefois, et mangea, malgré un peu de gêne ressentie dans la déglutition. Le lendemain elle commença à ressentir une douleur pongitive le long de toute l'épine dorsale, accompagnée d'une sensation de tiraillement tout le long des membres inférieurs; néanmoins elle put se lever encore et aller. Le 27, les mêmes symptômes continuèrent; la rigidité du cou devient plus grande, le soir elle se mit au lit ; et dès ce moment elle ne se leva plus.

Le 28 au soir les deux membres inférieurs commencèrent à se raidir et à être tirés en arrière ; le 29 la tête et le cou furent pris d'un semblable tiraillement. Jusqu'au 31 on lui fit cinq saignées; et on administra à l'intérieur la pulpe de casse et de tamarins, et de l'huile d'olive ; un ver lombric fut rendu par les selles.

Le 1er août elle entra à l'hôpital Saint-Jean. On lui fit une saignée du pied et on mit 30 sangsues le long du rachis. Le 2 août, 16 autres sangsues derrière les oreilles ; le soir, Bellingeri l'examina pour la première fois.

Elle avait le cou et la tête tirés en arrière, et la tête aussi un peu inclinée à droite ; tout le dos courbé en arrière, et formant un arc à convexité antérieure, les cuisses et les jambes raides, tirées en arrière, ne pouvant être fléchies que par une force extérieure, et toute tentative de flexion étant douloureuse. Les membres supérieurs se mouvaient un peu librement, et l'avant-bras plus que le bras ; mais elle ne pouvait fléchir aucunement l'avant-bras, ni le porter à la tête ; en essayant de fléchir de force l'avant-bras,

mais surtout le bras, on éprouvait une résistance et l'on déterminait de la douleur. La pupille était habituellement rétrécie et ne subissait aucun changement de l'approche ou de l'éloignement d'une chandelle allumée. La vue et l'ouïe étaient entières; seulement de temps en temps elle entendait un bourdonnement dans les deux oreilles. Les ailes du nez étaient tirées en haut et arquées; la lèvre supérieure tirée en haut et ne s'abaissant point même quand la malade voulait fermer la bouche; la bouche un peu tirée de chaque côté, et offrant une sorte de rire sardonique; tout le système musculaire de la face contracté; les tempes et les joues creuses, de manière à lui donner un aspect presque cadavérique. Le sentiment par tout le corps était intact, ni augmenté, ni diminué. L'ouverture de la mâchoire inférieure était toujours un peu difficile; la langue ne pouvait sortir hors de l'arcade alvéolaire. Il y avait un certain degré de dysphagie et la malade ne pouvait avaler que quelques cuillerées de liquide. Le pouls petit, contracté, à 104 pulsations; l'abdomen tendu et plat comme une planche; en voulant donner un lavement, on éprouve de la résistance au sphincter anal. Elle rend volontairement les urines. La chaleur est peu supérieure à l'état naturel; il y a une moiteur légère, mais continuelle. Elle se plaignait de constriction à la gorge; une saignée de la jugulaire fut faite; mais le spasme après avoir disparu quelques minutes revint plus intense, et à un tel degré, qu'il sembla avoir produit la mort par une véritable asphyxie, due à l'occlusion spasmodique de la glotte. Aussitôt après la mort le bras gauche fut tiré spontanément en arrière.

Autopsie.—Douze heures après la mort, le cadavre étant déjà froid, la raideur des membres existait encore; la flexibilité ne revint qu'au bout de 24 heures.

Moelle épinière.—On trouva à la face postérieure de la moelle une extravasation sanguine simple sans congestion, qui occupait la face externe de la dure-mère, depuis la troisième jusqu'à la sixième vertèbre dorsale; de même à la région des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires. La dure-mère incisée, on découvrit une injection sanguine très-manifeste dans les vaisseaux capillaires artériels de la pie-mère qui tapisse la face postérieure de la moelle, étendue de la neuvième vertèbre dorsale à toute l'extrémité inférieure de la moelle. Cette injection existait sur toute la face postérieure de la moelle, un peu moindre dans le reste de la portion dorsale, un peu plus forte à la région cervicale; très-intense à la face postérieure de la queue de la moelle allongée et de l'origine de la moelle épinière. Dans toutes ces régions, il faut noter que l'engorgement était limité par les racines nerveuses postérieures de chaque côté, et qu'il ne s'étendait pas même sur les faces latérales de la moelle.

A la face antérieure, le tissu cellulaire qui tapisse la dure-mère et la dure-mère elle-même étaient injectés de sang dans toute leur étendue, bien plus même qu'à la face postérieure. La dure-mère ouverte, l'artère spinale moyenne fut trouvée gorgée de sang rouge, et quelques uns de ses rameaux engorgés, particulièrement dans la région lombaire.

L'injection de la face postérieure était limitée à la pie-mère; et toute la substance de la moelle, blanche ou grise, était à l'état naturel.

Crâne. — Extravasation sanguine peu abondante entre la dure-mère et la pie-mère; injection de sang rouge à la partie supérieure du cerveau, mais limitée aux vaisseaux capillaires artériels de la pie-mère. Toute la pie-mère qui tapisse le cervelet, la face antérieure de la protubérance annulaire et la queue de la moelle allongée était très-injectée; la substance médullaire partout intacte, hors dans la région du lobule moyen de l'hémisphère cérébral droit, où elle était légèrement injectée.

Abdomen. — Le jéjunum et son mésentère très-enflammé; cet intestin contenait une douzaine de vers lombrics gros et longs pelotonnés, ensemble.

Voici les corollaires physiologiques que l'auteur déduit de cette observation. La face antérieure de la protubérance annulaire est formée de fibres venant du cervelet; l'irritation de ces fibres a pour effet de produire des spasmes dans le sens de l'extension, principalement à la tête et au cou, et elle détermine en outre le trismus et la dysphagie spasmodique, ou une constriction spasmodique de la gorge et du pharynx.

La partie postérieure de la moelle spinale présidant aussi à l'extension, nous voyons son injection produire en effet une extension spasmodique, moins forte aux membres supérieurs, l'injection étant moins intense dans la région cervicale; plus forte dans les membres inférieurs par une raison opposée. L'injection de la pie-mère du cervelet lui-même démontre aussi que cet organe préside aux mouvemens d'extension.

L'injection était limitée à la pie-mère, et les symptômes étaient bornés à des contractions musculaires. Ceci prouve donc que l'irritation bornée à la substance blanche de la moelle épinière ne produit que le spasme, sans altérer la sensibilité, et que les racines postérieures de la moelle ne sont point destinées au sentiment, puisque la méningite dont elles étaient affectées n'a produit ni augmentation ni diminution de la sensibilité générale.

Enfin, la légère inclinaison de la tête à droite paraît due au léger engorgement du lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau.

Les considérations pathologiques sont moins importantes. Toutefois, l'auteur fait remarquer la présence des vers dans le jéjunum. C'est à eux qu'il attribue l'inflammation du jéjunum qui a été, dit-il, le point de départ de l'irritation d'abord nerveuse, et plus tard inflammatoire de la moelle épinière. Sans entrer dans cette discussion, nous rappellerons seulement que Laurent avait si souvent rencontré des paquets de vers dans le tétanos traumatique, qu'il avait été conduit à attribuer dans presque tous les cas aux vers cette terrible affection. C'est aller trop loin, sans doute; néanmoins ce fait nouveau prouve que la coexistance des vers avec le tétanos mérite toute l'attention des observateurs et des praticiens.

La seconde observation a pour objet un jeune homme atteint de douleurs lombaires avec spasme permanent des muscles fléchisseurs des membres inférieurs et même du tronc. Bellingeri rapporte cet état à une myélite chronique; le sentiment était toujours resté intact. Le malade guérit à l'aide d'un traitement antiphlogistique; les idées physiologiques de l'auteur n'ont donc point, comme dans le cas précédent,

la garantie de l'autopsie ; mais il ajoute quelques considérations qui sont utiles à rappeler.

« Les affections morbides de la moelle épinière peuvent donc, dit-il, déterminer un spasme permanent dans les muscles, et dans cette seconde observation, le spasme occupant les muscles fléchisseurs des jambes, la difficulté avec laquelle elles exécutaient leurs mouvemens aurait pu faire croire un observateur superficiel à une paralysie. Et je suis convaincu que, dans beaucoup de cas, ce qu'on appelle *paraplégie* ne depend pas d'un défaut de l'action nerveuse qui engendre une véritable paralysie musculaire, mais bien que la difficulté des mouvemens tient à l'action prédominante de certains muscles sur les autres, c'est-à-dire à un état de spasme habituel. Cet état est reconnaissable à la tension que le malade ressent dans les muscles affectés, et à une rigidité sensible au toucher, tandis que dans la paralysie les muscles sont dans une condition de mollesse et de flaccidité. Ce point est fort important à déterminer, surtout quand on veut baser des déductions physiologiques sur les symptômes et sur l'ouverture des corps; il est nécessaire de préciser au juste s'il y a un spasme ou une paralysie. »

Déjà Pott, pour la maladie des vertèbres qui porte son nom, avait établi cette distinction, également essentielle pour le pronostic et pour le traitement. La contraction spasmodique indique que la substance ne souffre qu'une pression légère, et qu'elle n'a point subi de désorganisation notable ; le pronostic est donc plus favorable que dans le cas de paralysie. Il va sans dire que le traitement doit être aussi dans la plupart des cas différent.

Réflexions et observations pratiques sur la méthode du talon pour réduire l'humérus en bas ; par G. PAOLO CUMANO, *professeur de chirurgie à Trieste.*

La méthode du talon était connue d'Hippocrate, elle a passé de siècle en siècle dans les écrits de presque tous les auteurs, vantée par les uns, dépréciée par les autres, le plus souvent confondue pêle-mêle avec les douze ou quinze autres procédés que l'antiquité nous a laissés pour la réduction de cette luxation; enfin c'est à elle que sir A. Cooper donne la préférence, du moins dans les cas de luxation récente.

Le professeur Cumano rapporte huit cas dans lesquels elle a réussi. La première fois ce fut sur un marinier encore jeune, de constitution athlétique ; le second cas concerne un autre marinier de 28 ans ; le troisième un paysan de 40 ans ; le quatrième un marinier de 27 ans ; le cinquième un homme de 53 ans; le sixième un homme de 50 ans, le septième une femme de 50 ans ; le huitième un homme dont nous ne connaissons point l'âge. Dans les six premiers cas la luxation, selon l'auteur, était en bas ; la première datait d'une heure seulement ; la sixième de quatre jours ; c'était là les deux extrêmes du temps écoulé. Ces six observations se réduisent quant aux détails, à ceci : le bras était luxé, le bras a été réduit ; il n'y faut pas chercher autre chose. Si nous avons mentionné les âges de chaque individu, c'est qu'il nous parait utile de constater jusqu'à quel âge cette luxation peut avoir lieu ; d'après des recherches spéciales, nous inclinons fortement à croire que de même que les luxations du fémur, celles de l'humérus n'ont lieu au-delà de 60 ans que dans quelques cas fort rares et purement exceptionnels. Mais les deux autres observations méritent une relation plus circonstanciée. Voici la première :

Obs. — Le 14 juillet 1832 au soir, Anna Vida, âgée de 50 ans, très-chargée d'embonpoint, en puisant de l'eau tomba sans sentiment sur le sol. Appelé le lendemain matin ; dit l'auteur, je la trouvai au lit, souffrant extrêmement d'une luxation de l'humérus gauche, accompagnée de diverses contusions et d'une légère plaie déchirée et contuse à la région du vertex. Elle avait l'avant-bras fléchi, mais l'humérus élevé et éloigné du corps de telle sorte que la main était rapprochée de la tête de la malade ; la luxation datait de douze heures. C'était une luxation du genre de celles que Desault nommait *consécutives en avant et en dedans ;* ainsi la tête de l'humérus se sentait sous le muscle pectoral entre la fosse sous-scapulaire et le muscle du même nom, mais elle n'arrivait pas jusque sous la clavicule. La malade accusait des douleurs aiguës et quelque sensation d'engourdissement dans les doigts. La réduction eut lieu avec le talon suivant le procédé d'A. Cooper. Les jours suivans il se manifesta des ecchymoses le long du muscle biceps, particulièrement près de son insertion à l'avant-bras, accompagnées de gonflement et de douleur. Quelques sangsues rendirent au membre le libre usage de ses mouvemens, à part le mouvement d'élévation qui restait difficile à cause d'une paralysie imparfaite du deltoïde. Mais au moyen de l'usage continué des frictions huileuses-alcalines et des épispastiques, la malade recouvra peu-à-peu la faculté d'élever le bras sans douleur. Un an après il ne restait aucune trace de gêne.

Il convient de dire que dans une des observations précédentes, la luxation étant *en bas* et datant de quatre jours, la liberté des mouvemens n'était revenue qu'au bout de deux mois, et la malade garda tout ce temps un sentiment d'engourdissement dans les doigts. L'auteur attribue ce phénomène au retard de la réduction qui n'eut lieu qu'au bout de quatre jours, pendant lesquels la tête de l'humérus avait comprimé le plexus brachial ; et quelques rhumatismes vagues, dont la malade souffrait depuis long-temps, ne lui paraissent pas avoir été sans influence sur cette espèce de paralysie. Dans le cas d'Anna Vida, il attribue les phénomènes paralytiques, moins à la compression du plexus brachial, qu'à l'indisposition interne qui avait déterminé la chute avec perte de connaissance. Nous ne faisons ici que rendre ses idées ; la critique trouvera place plus tard. Voici l'autre observation.

Obs. — Lazzaro Marpurgo tomba de carrosse, le 4 octobre 1833, aux environs de Gorizia ; l'humérus fut luxé, et pour comble de disgrace, le malade ignora la nature de son accident jusqu'à son arrivé à Trieste, vingt jours après la luxation

Le docteur Forté et le professeur Cumano reconnurent une luxation *en avant* dans le sens d'A. Cooper, ou, selon les idées plus généralement admises, une luxation *primitive en bas devenue consécutive en dedans*. La tête luxée s'était portée un peu en avant sous le muscle pectoral comme dans l'observation précédente. On fit deux larges saignées, on appliqua des topiques émolliens durant quelques jours ; et au vingt-quatrième jour de l'accident, la réduction fut tentée par le

moyen du talon et obtenue à la seconde tentative. Une demi-heure après le malade fut pris d'un violent frisson et d'une douleur qui s'étendait tout le long du bras ; ces phénomènes durèrent environ une heure, après quoi il se développa une chaleur uniforme et une sueur générale, et la douleur en éprouva un sensible allégement.

A force de soins, au bout de deux semaines le bras avait acquis plus de liberté dans les mouvemens ; seulement le mouvement d'élévation était difficile à raison d'une demi-paralysie du deltoïde, causée par la compression du plexus brachial et du nerf circonflexe. Cette demi-paralysie céda aussi avec le temps.

L'auteur ajoute qu'il a eu depuis l'occasion d'employer ce procédé avec succès, et que plusieurs de ses collègues s'en sont également bien trouvés, *à l'exception de peu de cas*, lorsque la luxation ne datait que de peu de jours, qu'elle n'était point trop antérieure, et qu'une main inhabile n'avait pas déjà tenté des efforts superflus. Lorsque ces conditions ne se rencontrent pas, il préfère indifféremment le procédé de Desault, les poulies d'A. Cooper ou la traction parallèle, qu'il attribue à Mothe.

Rien n'est plus propre à montrer l'incertitude des doctrines anciennes ou modernes sur les luxations que les conclusions adoptées par l'auteur de ce mémoire, qui cependant a fait une sérieuse étude de la matière, à en juger par l'érudition de bon aloi qu'il a semée dans son travail. On sait que Desault tirait le bras presque directement en bas ; A. Cooper, avec ses poulies, fait l'extension en dehors presqu'à angle droit sur le tronc ; Mothe, après Withe, conseille de tirer le bras directement en haut. Ce sont là trois sortes d'extensions les plus opposées possible, et voilà cependant un auteur estimable qui les recommande indifféremment et à titre égal. C'est qu'il faut bien l'avouer, aucun de ces auteurs n'a suffisamment connu à quelle lésion il avait affaire ; ils ont tiré chacun dans leur sens sans pouvoir en donner une raison suffisante autre que le succès, et après avoir lu et médité Desault, Mothe et A. Cooper, il restera toujours impossible de se décider, par de motifs de quelque valeur, pour une méthode ou pour l'autre. Il fallait savoir avant tout où était réellement la tête luxée, et nul ne l'avait dit avant un de nos collaborateurs, M. Malgaigne.

Nous avons reproduit, par exemple, deux observations que le professeur Cumano intitule *Luxations consécutives en avant ou en dedans*, ou encore, si l'on veut, sous le grand pectoral. Pour quelles raisons il les regarde comme consécutives, nous l'ignorons complétement ; il aura cru apparemment la chose si simple qu'il n'a pas pris la peine d'en parler. Nous pourrions presque aussi bien demander à quels signes il a reconnu la luxation en avant et en dedans, et cependant le diagnostic différentiel de ces luxations n'est pas si bien connu qu'on puisse l'admettre ainsi sur parole.

Une dernière réflexion : sur huit cas de luxations réduites par le procédé du talon, voilà trois exemples de demi-paralysie du deltoïde et même des doigts. La proportion est forte, et l'on pourrait bien soupçonner la méthode de réduction d'y avoir quelque part. Cela n'empêche pas que le talon ne soit le moins mauvais de tous les procédés anciens ; il y a même des cas où nous pensons qu'il est utile et nécessaire de le combiner avec la méthode rationnelle, ou l'extension parallèle du bras relevé en haut ; mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans les développemens que nécessiterait ce sujet.

Sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre ; lettre du docteur MALVANI au docteur Vigna.

Cette lettre, quoique assez longue, ne contient rien de nouveau. Le docteur Vigna avait dit, en parlant de la cautérisation, que c'était une méthode pleine de douleurs, d'incertitude et de chances funestes ; aussi longue et pénible, sinon davantage, que la dilatation par les bougies, et disposant beaucoup plus aux récidives. Le docteur Malvani renvoie tous ces reproches à la dilatation, et vante outre mesure la cautérisation, qui procure dans la plupart des cas, selon lui, une cure radicale. Il y a exagération des deux parts.

Essai physiologique sur les nerfs et sur la structure de l'iris, relativement à l'antagonisme nerveux ; adressé au professeur Bellingeri par le docteur FARIO, médecin-oculiste à Venise.

Quelques anatomistes et physiologistes attribuent à l'iris deux rameaux nerveux d'origine différente ; l'un venant de la troisième, l'autre de la cinquième paire, l'un présidant au mouvement de resserrement, l'autre à la dilatation de la pupille. L'auteur objecte à cette manière de voir que les nerfs iriens n'appartiennent pas réellement aux deux paires de nerfs cérébraux, mais qu'ils sont dus au ganglion ophthalmique, qui reçoit à la vérité des filets de la troisième et de la cinquième paire, mais qui constitue là un intermédiaire où leurs propriétés disparaissent, et, par exemple, la propriété de produire des contractions sous l'influence de la volonté. L'origine des nerfs iriens partant de ce ganglion est donc commune et non pas opposée ; et les conséquences qu'on a voulu en déduire pour prouver leur antagonisme, et les expériences tentées dans ce sens, reposent sur une base erronnée. Chez quelques animaux, à la vérité, les nerfs iriens viennent directement des nerfs cérébraux, le ganglion ophthalmique n'existant pas : par exemple, dans la civette ; mais chez cet animal les mouvemens de l'iris semblent volontaires, et l'auteur présume qu'il en est de même chez tous les animaux privés de ganglion ophthalmique.

On sait que M. Mayo ayant vu la pupille se dilater après la section de la troisième paire, en a conclu que ce nerf présidait aux mouvemens de contraction de l'iris et de resserrement de la pupille ; mais cet effet pouvait tout aussi bien être purement sympathique de la paralysie de presque tous les muscles de l'œil, produite par la section de la troisième paire ; ou tout au plus pouvait-on en conclure que le ganglion ophthalmique se trouvait paralysé dans ses fonctions. M. Magendie assure que sur des lapins la section de la cinquième paire détermine, au contraire, la constriction pupillaire, quoiqu'il pense que chez ces animaux la cinquième paire n'envoie aucun nerf à l'iris. Que prouverait donc l'expérience, s'il en était ainsi ? Mais, d'une part, M. Magendie s'est trompé quand il a cru que l'iris des lapins ne recevait aucun nerf de la cinquième paire, et d'autre part ses expériences sont complétement en désaccord avec celles que M. Fario a tentées.

Enfin, toute cette théorie reposant encore sur une autre hypothèse, des avoir, que l'iris est formée de deux ordres de fibres musculaires, les unes circulaires, les autres rayonnées, tomberait toujours devant la rigueur de ce fait anatomique, que l'on n'a jamais démontré de fibres musculaires dans l'iris. Au contraire, la structure vasculaire, spongieuse et comme érectile de cette membrane, démontrée par l'inspection à l'œil simple et au microscope, est encore confirmée par les rapports qu'elle a avec la choroïde : l'iris se relâchant et élargissant la pupille lorsque la choroïde est enflammée, parce qu'alors les vaisseaux de celle-ci, congestionnés, n'envoient plus à l'iris le sang dont cette membrane aurait besoin pour entrer en turgescence.

Quoi qu'il en soit de ces idées, qui ont autant de probabilités en leur faveur que d'autres, voici les principales expériences tentées par l'auteur, dont les résultats sont curieux à noter.

Il enleva la calotte osseuse du crâne chez de jeunes pigeons, ainsi choisis pour que les os fussent aisés à diviser. Les méninges furent divisées, le lobe antérieur du cerveau soulevé; le contact et le soulèvement du cerveau et des nerfs paraissait faire beaucoup souffrir l'animal; et la pupille se resserrait un peu durant ces manœuvres. Le tronc de la troisième paire mis à nu fut divisé d'un seul coup. La pupille ne se dilata pas immédiatement, mais seulement au bout de huit minutes. Dix minutes après on coupa la cinquième paire, et le nerf optique après dix autres minutes; la dilatation n'augmenta pas; il est vrai que l'animal paraît épuisé.

Sur un autre pigeon, section du nerf ophthalmique; dilatation de la pupille. Après cinq minutes section de la troisième paire; la dilatation semble légèrement augmenter. Après cinq autres minutes, section du nerf optique; la pupille arrive à son plus haut degré de dilatation. L'animal vécut encore plus de vingt minutes après.

Sur un troisième pigeon, section du nerf optique. La dilatation qui succède n'est augmentée ni par la section de la troisième ni par celle de la cinquième paire.

En coupant le nerf optique d'un œil, on voit se dilater la pupille de l'œil opposé, ce qui n'arrivait pas après la section de la troisième et de la cinquième paire.

Enfin sur un autre pigeon, on tourmenta l'œil droit et on piqua l'iris de manière à mettre la pupille dans une contraction permanente. Durant les incisions nécessaires pour mettre les nerfs à nu, cette contraction augmenta encore; la section de la cinquième paire resta sans résultat. La section de la troisième parut la dilater quelque peu; l'animal mourut avant qu'on pût pousser plus loin l'expérience.

Elle fut répétée sur un autre pigeon. La troisième paire coupée d'abord produisit quelque légère dilatation; la section de la cinquième l'augmenta à peine. Celle du nerf optique la rendait toujours plus sensible. L'animal mourut avant qu'elle fût complète.

Ces expériences furent renouvelées sur des lapins et des chats; mais les résultats de la section des troisième et cinquième paires ne furent ni aussi constans ni aussi notables, et ne peuvent être notés avec la même précision. Toujours la section du nerf optique produisait une dilatation plus sensible. Mais ce qui ne fut jamais observé dans aucune de ces expériences, c'est le resserrement de la pupille après la section d'un de ces trois nerfs. Bien plus, chez un lapin, l'auteur multiplia les vellications pénibles et les tiraillemens des nerfs et des lobes cérébraux, spécialement de la cinquième paire; il alla jusqu'à appliquer sur ce nerf un pinceau imbibé de vinaigre, et plus tard trempé dans une légère solution de nitrate d'argent; jamais il ne put faire contracter la pupille; tandis qu'on la vit se contracter facilement, aussitôt qu'avec une aiguille à cataracte il eut piqué directement l'iris à travers la cornée.

L'auteur convient de toutes les objections qu'on peut faire à ses expériences; mais elles sont communes à toutes les expériences du même genre; et d'ailleurs le résultat toujours constant des épreuves parle beaucoup en leur faveur. On peut tout au moins en conclure qu'il n'y a aucune espèce d'antagonisme entre les nerfs qui se rendent à l'iris.

Sur l'inutilité de la ligature dans la morsure de la vipère; lettre adressée au professeur MORELLI, de Pise, par le docteur Camillo RIDOLFI.

Nous n'en sommes plus au temps où l'on pensait qu'une morsure de vipère suffisait pour tuer un homme, et l'expérience a fait justice de ce précepte terrible qui indiquait dans certains cas l'amputation de la partie mordue. Le fait suivant n'est donc pas tout-à-fait neuf dans la science; mais l'âge de l'enfant et la facilité de la guérison le rendent assez remarquable pour mériter d'être reproduit avec quelques détails.

OBS. — Au mois de juin 1833, un enfant de 5 ans fut mordu par une vipère sur le dos du pied gauche près de son bord externe. Le docteur Ridolfi fut appelé et constata d'abord que l'animal qui lui fut représenté était bien une vipère véritable; puis ayant mis un peu plus à découvert le point offensé, il le cautérisa immédiatement avec la pierre infernale; fit prendre à l'enfant à l'intérieur quelques gouttes d'ammoniaque et prescrivit des embrocations continues sur le pied avec un liniment ammoniacal. Le lendemain il purgea le malade avec l'huile de ricin, attendu qu'il avait la langue pâteuse. Les phénomènes produits par la morsure furent les suivans : un gonflement rapide et livide du pied et de la jambe qui en fut toute envahie dans l'espace de peu d'heures; le gonflement s'étendait ensuite à la cuisse, au scrotum, à la verge, en sorte que l'enfant pouvait à peine rendre ses urines; et enfin elle monta au bas-ventre où elle s'arrêta. On observa un peu de stupeur, de somnolence et un certain tremblement. On insista sur l'usage interne de l'ammoniaque; on fit prendre à l'intérieur de l'huile d'olive pure; néanmoins la tuméfaction persista durant dix jours, après lesquels elle décrut peu à peu jusqu'à sa complète disparition. Le 29 juin, dix-septième jour de la morsure, l'enfant était complétement guéri.

On remarquera que l'observation ne justifie pas le titre, et qu'elle ne touche en rien à l'efficacité ou à l'inutilité de la ligature; elle prouve seulement que la ligature n'est pas indispensable pour la guérison, et nous pourrions ajouter que probablement celle-ci aurait été obtenue à bien moins

de frais que l'auteur n'a cru devoir en faire. La cautérisation, et peut-être l'ammoniaque à l'intérieur, auraient assurément suffi.

Observations et expériences sur cette question : les rayons lumineux qui traversent l'œil arrivent-ils croisés ou non croisés sur la rétine, par le docteur PAOLO DELL'ACQUA, de Pavie.

La théorie de la vision généralement adoptée est tellement pleine de contradictions et d'impossibilités, qu'il ne faut pas s'étonner si une foule de bons esprits cherchent à en corriger les principales difficultés, et s'ils s'égarent aussi en conservant la base de la théorie. Une des objections capitales qu'on lui adresse est celle-ci : *Comment une image peinte renversée sur la rétine peut-elle faire voir les objets droits?*

Le docteur Dell' Acqua n'explique point cette difficulté : il la nie. Son mémoire, qui est fort long, se compose de raisonnemens et d'expériences ; celles-ci seules seront utiles à rappeler.

Partant de cette idée déjà émise par le docteur Polli, que, si nous voyons les objets se peindre renversés sur la rétine, c'est que notre œil se trouve placé en arrière de la rétine que nous examinons, l'auteur imagina de faire une ouverture à la partie supérieure de l'œil, et d'étudier ainsi les rayons lumineux avant leur arrivée à la rétine. Il le fit donc, et à son grand étonnement il aperçut encore l'image renversée.

Il lui fallait une explication de ce phénomène ; il la trouva. L'image n'est vue renversée alors, dit-il, que parce qu'elle est renvoyée à l'œil de l'observateur par la rétine, faisant fonction de miroir concave. A merveille ; mais pour s'assurer de la bonté de l'explication, il n'y avait qu'à substituer à la rétine concave une feuille plane de carton ; le docteur Dell' Acqua ne l'a pas fait, et c'est à tort, car il aurait vu que l'image est aussi bien renversée sur une surface plane.

Des expériences analogues aux siennes, et même plus complètes, avaient été faites par M. Lehot, qui les répéta même avec succès devant les commissaires de l'Académie des sciences. M. Lehot a pu observer l'image renversée, non-seulement sur la rétine, mais en avant même de cette membrane et dans le corps vitré. Ceci renverse complétement tout le système de M. Dell' Acqua, et il demeure malheureusement trop bien prouvé que l'image oculaire se peint en effet renversée sur la rétine.

Il a lui-même obtenu cette image renversée après avoir tour à tour, et sur des yeux différens, enlevé le cristallin, détruit la pupille et enlevé la moitié postérieure de l'humeur vitrée ; ceci sur des yeux de bœuf. Seulement alors l'image est beaucoup plus confuse. Il en tire la conséquence que le renversement est donc produit par la réflexion des rayons sur la rétine. Mais M. Dell' Acqua sait bien que la cornée, doublée par le cristallin et une partie de l'humeur vitrée, fait l'office d'une lentille, et peut suffire à réunir les rayons lumineux en un foyer au-delà duquel ils paraîtront renversés. En ce point encore, les expériences de l'auteur ne prouvent donc pas assez.

— Les autres journaux italiens ne contenant guère que des observations isolées, et pas de travaux raisonnés, nous renvoyons leur analyse à la revue du mois prochain.

N° DU 9.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRES BILIEUSES *qui a régné à la maison centrale de détention de Limoges pendant l'année* 1833; *par* M. VOISIN, *chirurgien de cette maison, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.* (1).

La maison de détention de Limoges est située au Sud-Est de la ville, dans un pré, sur un terrain un peu en pente, à 300 pas environ de la rivière (Vienne) et 10 mètres au-dessus du niveau de l'eau. Ce local est presque toujours imprégné d'humidité ; souvent il reste enseveli jusqu'à neuf ou dix heures du matin dans les vapeurs aqueuses condensées par la fraîcheur des nuits. L'air y est froid et humide. Les belles journées d'été n'y font sentir leur douce température que pendant quelques heures : au coucher du soleil, l'atmosphère revient à son état thermométro-hygrométrique ordinaire ; et si, partant de ce local, l'observateur monte lentement à la ville, arrivé à une distance qui varie suivant l'heure, il se sent passer tout-à-coup d'une température froide et humide, à une température qui l'est beaucoup moins. Le point de transition est même quelquefois très-sensible. *Le froid et l'humidité*, voilà les causes prédisposantes ; *les suppressions de transpiration*, voilà les causes déterminantes de toutes les maladies entérites, colites, dysenteries, fièvres intermittentes pernicieuses, fièvres typhoïdes, fièvres bilieuses, etc., qui, entre l'automne et l'hiver, remplissent nos infirmeries de malades. Voilà les causes de nos épidémies, les ennemis permanens contre lesquels il faut incessamment lutter ; et à cette occasion nous devons rendre hommage au zèle actif et à la sollicitude éclairée de M. Scipion Mourgue, administrateur du département, pour toutes les améliorations qu'il a introduites dans ce vaste établissement.

Ces deux causes sont-elles les seules? non sans doute : il faut ajouter aux causes prédisposantes du local, le seul fait de l'emprisonnement. (Les animaux sont comme les plantes enfermées, ils s'étiolent.) Les passions tristes, débilitantes qui en sont la conséquence, le libertinage, toutes causes qui, isolées, seraient inefficaces, et qui cessent de l'être en se combinant avec celles que nous avons déjà signalées.

(1) Nous recommandons ce mémoire à l'attention de nos lecteurs. Il nous paraît destiné à jeter de vives lumières sur la question des maladies bilieuses ; c'est, du reste, l'ouvrage d'un esprit observateur et éclairé. (*N. du R.*)

C'est en octobre et novembre, époque où le froid surprend nos organes habitués à fonctionner sous de meilleures conditions, c'est pendant ces deux mois que le nombre des malades augmente rapidement. Chaque année à peu près produit une épidémie. C'est ordinairement le tube digestif et particulièrement son extrémité inférieure qui en fait les frais. Les colites sont les affections les plus communes; viennent ensuite les entérites villeuse, folliculeuse, et quelques dysenteries, etc.

Pourquoi n'en a-t-il pas été de même cette année? pourquoi avons-nous eu des fièvres bilieuses au lieu de maladies intestinales? Il faut rechercher la cause de cette *anomalie*, si j'ose dire, dans *la constitution médicale* de l'année, sur laquelle nous allons jeter un coup d'œil.

L'été a été chaud et sec, la récolte des fruits peu abondante et de mauvaise qualité. Nous avons eu à la ville et à la campagne la grippe et employé avec succès les préparations opiacées. Beaucoup de malades ont éprouvé à la suite de cette maladie un affaiblissement de mémoire tel, qu'ils ne pouvaient se rappeler le soir les faits et gestes du matin. Plusieurs sont restés quatre ou cinq mois sans recouvrer l'intégrité de cette faculté. Les organes de la génération n'ont pas été épargnés; leurs fonctions étaient lentes à se rétablir, et ne s'accomplissaient à leur retour qu'avec peine et au prix d'une faiblesse générale qui durait plusieurs jours. La fièvre bilieuse a produit les mêmes effets chez quelques malades. Après la grippe sont venues les varioles, rougeoles, scarlatines et une épidémie d'oreillons, qui seule a pénétré dans la maison de détention, et dont quelque douleurs de reins précédaient la métastase au testicule correspondant. Quelques fièvres bilieuses s'étaient montrées dans le courant de l'été hors de la maison de détention, elles devinrent plus communes en septembre, époque du commencement des fièvres intermittentes dans nos pays. Ce mois fut très-pluvieux; 7 et 8 pluie, froid et grêle; il tomba plus d'eau pendant ce mois qu'il n'en était tombé pendant tout l'été. Octobre commença par du beau temps et quelques coups de tonnerre; 8, 9, 10, 11, vent du midi qui fit éclore plusieurs fièvres bilieuses à la ville et à la campagne; 12, 13, 14, vent du nord-ouest et du midi. Commencement de notre épidémie qui atteignit son époque dans les journées des 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, pendant lesquelles il tomba une pluie très-fine et très-froide, qui éveilla les dysenteries et les érysipèles. 22, 23, 24, beau temps; période de déclin de l'épidémie, qui jusque-là n'avait atteint que les hommes. 25, vent du midi; les femmes devinrent malades; leur nombre alla toujours en augmentant pendant les journées chaudes et humides des 26, 27, 28, 29. Les catarrhes semblèrent perdre de leur intensité. Ordinairement les cas les plus graves se manifestent au début des épidémies: il n'en fut pas de même dans celle-ci. Du 24 au 30 octobre, c'est-à-dire vers sa fin, la maladie se compliqua de pneumonies, pleurésies, entérites, etc. 31, beau temps; 1er novembre, 2, 3, temps un peu pluvieux; moins de malades; 4, brouillard le matin, soleil à midi, vent du nord, temps sec, froid qui augmenta l'intensité des catarrhes. Plus de malades. 5, gelée blanche, érysipèle en ville. 7, pluie; quelques récidives de catarrhe, apparition de quelques diarrhées. 8, 9, 10, 11, 12, 13, temps beau, sec, frais. Plusieurs accès de goutte en ville. 23, pluie, récidive de l'épidémie; un malade: 24, pluie fine et froide, 8 malades. 25, même temps, 20 malades. 26, 27, beau temps, plus de malades. 2 décembre, pluie et froid venant du nord-ouest; nouveaux malades. Nous n'irons pas plus loin. Il est facile de voir, par ce qui précède, quelle a été l'influence de la constitution atmosphérique sur la marche de l'épidémie. Ses recrudescences ont coïncidé avec la réapparition du mauvais temps, qui semblait lui avoir donné naissance. Le beau temps a constamment supprimé les entrées de malades et amélioré l'état de ceux qui étaient dans les infirmeries. L'épidémie a duré à peu près vingt-cinq jours.

Avant de passer à l'histoire générale de la maladie, nous allons rapporter quelques observations que nous avons choisies parmi les plus intéressantes. Nous désignerons par n° 1 les crachats de la première période du catarrhe, crachats peu abondans, écumeux, blancs, à bulles petites miliaires; par n° 2 ceux de la deuxième période, qui sont jaunes, muqueux, filans, adhérans au vase, larges; et par n° 3 ceux de la troisième période ou période de résolution; ils sont écumeux, mais leurs bulles sont plus grosses; ils sont plus abondans que les n° 1, et mélangés des n° 2.

Nous donnerons le nom de bandeau *circumcéphalique* au mouchoir dont les malades se servaient pour se serrer la tête. C'était un signe infaillible de céphalalgie sus-orbitaire.

Fièvre bilieuse simple; guérison.

Obs. I. — Vrilette, fille de 31 ans, tempérament sanguin, tomba malade le 27 octobre dans l'après-midi. Frissons suivis de chaleur; céphalalgie sus-orbitaire insupportable; douleur épigastrique, perte d'appétit; bouche mauvaise; envie de vomir continuelle, augmentant après l'ingestion d'alimens; peu ou point de soif; 28, 29, 30 et 31 octobre, augmentation des mêmes symptômes; frissons pendant toutes les nuits; point de sommeil ou rêvasseries fatigantes. Tous les jours, à peu près vers midi ou une heure, redoublement composé de deux stades, frissons et chaleur. Entrée à l'infirmerie le 31 octobre.

1er novembre matin. Facies verdâtre, sclérotiques de même couleur; pression très-douloureuse, à l'épigastre; son humorique dans la région stomacale; langue pâteuse d'un blanc légèrement verdâtre; peu ou point de fièvre; peau naturelle; urines d'un rouge safrané claires; selles; respiration facile. (Sulfate de soude, 1 once et demie; tartre stibié, 1 grain et demi; mélanges. Je préviens ici que c'est à peu près le seul émético-cathartique que j'aie employé dans le courant de l'épidémie. D'ailleurs tisane de réglisse et d'orge et diète).

2 novembre. Vomi hier beaucoup de bile, et rendu quelques selles; quelques sueurs cette nuit; sommeil ce matin. Septième jour, urines critiques qui ont été précédées d'un frisson; plus de toux; disparition de tous les symptômes: elle date d'hier soir plutôt que de ce matin; appétit. Sortie guérie le 3 novembre après sept jours de maladie.

Nous avons choisi cette observation pour type de la maladie dans son état de simplicité, sans nous dissimuler que dans certains cas elle est encore plus simple sous le rapport

de la durée, qui n'est que de deux ou trois jours. Ces cas se sont offerts rarement à notre observation et nous ont paru incomplets. C'est pour cette raison que nous nous dispensons de les rapporter avec détails.

Fièvre bilieuse compliquée d'un léger catarrhe pulmonaire ; guérison.

Obs. II. — Femme Persigna, détenue depuis huit mois, âgée de 30 ans, tempérament sanguin très-prononcé, joues très-colorées, membres forts, robuste constitution; tomba malade dans la soirée du 27 octobre : frisson qui dura jusqu'à minuit, ensuite sueurs abondantes ; 28, 29, 30, frisson le jour ; chaleur et sueurs la nuit. Dès les premiers momens de la maladie, parurent les symptômes ordinaires de pléthore bilieuse, tels que céphalalgie sus-orbitaire insupportable, douleur épigastrique, langue pâteuse, bouche amère, dégoût d'alimens, envie de vomir, urines safranées. Entrée le jeudi 31 octobre.

1er novembre. Yeux, contours du nez et de la bouche verdâtres ; toux sèche qui cause à la malade un sentiment de déchirure le long du sternum et dans l'épigastre ; vertiges, étourdissemens, éblouissemens ; un peu de fièvre ; peu de chaleur à la peau. Comme elle était très-peu réglée depuis son entrée dans la maison, que d'ailleurs elle était à la première période du catarrhe, je crus qu'une saignée remplirait plusieurs indications à la fois. Je la pratiquai et mis la malade à la diète et à la tisane commune, composée d'orge et de réglisse. Pendant la saignée, qui fut de quatre onces, les envies de vomir augmentèrent.

2 novembre. Froid et sueur toute la nuit ; les frissons ont continué pendant la journée d'hier ; le sang est sans couenne, caillot très-consistant couvert de deux cuillerées de sérosité citrine ; toujours envies de vomir ; même facies ; moins de céphalalgie ; le catarrhe est à la seconde période, crachats écumeux mélangés de quelques crachats jaunes ; douleur épigastrique ; hypocondre gauche gonflé ; matité complète dans la région stomacale ; urines claires, un peu jaunes. Point de selles depuis le 30 octobre inclusivement. (Émétocatarthique, illico ; diète le matin, soupe le soir ; tisane commune.)

3 novembre. Rendu hier matin deux litres de bile à peu près ; plusieurs selles abondantes. Quelques frissons, quelques sueurs pendant la nuit ; très-peu de céphalalgie ; moins de toux ; absence de douleur épigastrique, d'envies de vomir ; peu de fièvre ; urines troubles ce matin ; encore quelques vertiges ; appétit. (Soupe et riz matin et soir.)

4 novembre. Encore quelques étourdissemens ; quelques crachats jaunes, mélangés d'écume ; quelques selles ; sommeil, sueurs ; urines critiques le matin, neuvième jour, précédées d'un frisson.

6 novembre. Guérie.

On voit par cette observation que l'éméto-cathartique a diminué l'intensité du catarrhe. C'est un fait remarquable que nous avons vérifié plus de cent fois. Non-seulement l'éméto-cathartique enlève la toux que provoque sympathiquement la présence de la bile dans l'estomac, mais encore il produit une amélioration sensible dans les symptômes du catarrhe, et souvent en arrête les progrès.

Fièvre bilieuse simulant une double tierce ; guérison.

Obs. III. — Boyer, 38 ans, mauvaise constitution, atteint de phthisie pulmonaire ; habitant à une lieue de la ville un village où les fièvres intermittentes sont endémiques, se mouilla dans la soirée du 2 octobre.

Le 3, vingt-quatre heures après, violent frisson suivi de chaleur et de sueur ; l'accès finit le 4 à six heures du matin. Le reste de la journée fut tranquille.

Le 5. Frissons suivis de chaleur et de sueur pendant toute la journée ; redoublement à six heures du soir.

Le 6. Accès à neuf heures du matin qui a fini à sept heures du soir. A minuit, ou autrement dit, au commencement de la journée du 7, nouvel accès qui finit à sept heures du matin.

Le même jour (7), à sept heures du soir, accès qui dura jusqu'à minuit. Le malade fut tranquille jusqu'au 8 octobre, jour où je le vis vers une heure. Il avait eu des envies de vomir dès le 5 octobre ; de plus, toux douloureuse dès le commencement de la maladie ; sommeil troublé par des rêves ; dégoût d'aliment ; céphalalgie intense ; douleurs épigastriques ; langue pâteuse, un peu verte au milieu ; jambes faibles, pouls et peau dans l'état normal ; urines sédimenteuses, safranées ; œil et teint verdâtre. (Tartre stibié, 1 grain et demi.)

Le 10 octobre, l'accès vint le 9 à quatre heures du soir ; le malade avait vomi au moins un litre de bile. Céphalalgie, douleurs de l'épigastre et de l'hypocondre gauche disparues.

Voyant que les accès persistaient, je prescrivis le sulfate de quinine à la dose de 15 gr. en potion.

Accès le 10, à sept heures du soir ; il ne dura qu'une demi-heure, et le malade transpira toute la nuit et dormait d'un sommeil tranquille ; il mangea le 11 et eut encore un petit accès d'une demi-heure à six heures du soir.

Du 11 au 12, la nuit fut bonne.

Le 12, bon appétit, figure naturelle, selles faciles, très-bilieuses, encore quelques sueurs la nuit.

Le 13, guéri, avec diminution de la mémoire.

Nous ne laisserons point passer cette observation sans noter que la servante du malade, atteinte de la même maladie, vomit une grande quantité de bile à la suite d'une potion fébrifuge que je lui avais préparée, croyant qu'elle avait une fièvre intermittente et qu'elle ne tarda pas à être guérie.

Fièvre bilieuse compliquée de catarrhe pulmonaire suffoquant ; guérison.

Obs. IV. — Calaud, 35 ans, cuisinier à la maison de détention, tempérament sanguin, devint malade dans la soirée du 20 octobre. Il avait plu pendant tout le jour ; la pluie était fine et froide, et trente malades étaient entrés dans nos infirmeries. Calaud fut pris de frissons suivis de chaleur et d'une sueur si abondante, qu'en tordant sa chemise on aurait pu en exprimer quelques gouttes de liquide. En même temps céphalalgie sus-orbitaire intense ; toux sèche, rauque et si douloureuse qu'elle arrachait des larmes au malade ; il est vrai qu'il y avait un peu de coryza. Douleur épigastrique

sous-sternale déchirante ; respiration courte, fréquente, interrompue à chaque instant par de violentes quintes de toux ; inappétence. Langue pâteuse ; urines safranées ; point d'envie de vomir. Cet état ne fit qu'empirer les 21 et 22. Le malade continua de travailler.

Dans la soirée du 22, tout à coup perte de la voix ; étouffement ; douleur violente dans la moitié gauche et supérieure du thorax ; autre douleur serrant circulairement la base du cou à la manière d'un lien. Il passe une cruelle nuit, obligé de se tenir assis dans son lit de peur d'étouffer à chaque instant. Il entra à l'infirmerie le 23 octobre, dans l'état suivant : Figure pâle, livide, portant l'empreinte du désespoir ; aphonie, respiration courte, fréquente, très-laborieuse. Pendant que je le regarde il porte la main sur le sternum et le creux épigastrique et d'un œil suppliant me fait signe de le saigner. Pouls petit, un peu fréquent ; sonoréité parfaite dans tous les points du thorax ; quelques chants d'oiseaux mêlés à des râles crépitans à petites et à grosses bulles trahissent seules l'existence du bruit respiratoire. (Large et abondante saignée ; diète.)

Le soir un peu d'amélioration. (Éméto-cathariquc.)

Le 24 au matin, un peu de soulagement dans l'oppression ; insomnie ; l'éméto-cathartique n'a fait rendre qu'un peu de bile et quelques selles bilieuses. (Looch simple.)

Le soir nouvelle amélioration. Il me montre toujours le sternum comme étant le siége du mal. Il a rendu deux crachats jaunes. Peau halitueuse, pouls relevé, large.

Le 25 au matin, insomnie, sueurs nocturnes sans frissons ; point d'envies de vomir ; la quantité des crachats jaunes a augmenté, ils sont mélangés d'un peu d'écume, l'oreille appliquée à la face postérieure du thorax entend dans tous les points le bruit respiratoire mais faiblement ; plus de chants d'oiseaux ; râles crépitans à grosses bulles qu'on entend crever facilement dans les tubes bronchiques en approchant l'oreille de la bouche du malade ; oppression sternale moins forte ; fièvre au même degré ; céphalalgie sus-orbitaire ; yeux brillans ; selles faciles. (Looch kermétisé, diète)

Quatre heures du soir, le looch a fait rendre un litre de bile et deux selles bilieuses ; céphalalgie diminuée ; toujours aphonie ; le malade est obligé de s'exprimer par signes : il se plaint d'une douleur, d'un obstacle qui l'empêche de parler, et porte la main au larynx.

26 au matin, grande fut ma surprise : « Je suis guéri, » me dit-il en riant, je suis guéri ; c'est venu tout à coup » vers minuit de là (et il mit la main sur le sternum et le » creux épigastrique) ; j'ai eu envie de vomir, j'ai fait des » efforts ; en même temps j'ai toussé et j'ai rendu ces cra- » chats pourris que vous voyez (et il me montrait dans son » crachoir des crachats jaunes, très-épais, très-larges, très- » consistans, adhérens au vase et mêlés avec un peu de bile » porracée.) La parole m'est revenue sur-le-champ ; je suis » guéri. » Figure naturelle, retour de la voix, transpiration générale abondante ; peu de toux, presque plus d'oppression ; râles muqueux dans les poumons et surtout dans le droit et à sa partie postérieure. (Quelques onces de pain, de viande et un peu de vin pour la journée.)

Le 27. Sommeil, sueurs, crachats jaunes de la deuxième période mélangés de crachats écumeux de la troisième période. (Même régime.)

28, 29, 30, 31, jusqu'au 11 novembre, diminution graduelle de tous les symptômes, des sueurs, de la fièvre, etc. ; retour de l'appétit, du sommeil ; les crachats écumeux de la troisième période augmentent.

Le 12 novembre. Encore quelques râles muqueux surtout en arrière des poumons ; sommeil, appétit ; il se lève. Les crachats sont presqu'entièrement écumeux.

Voici un second fait qui a une grande analogie avec le précédent :

Obs. IV bis. — Saint-Amand, entré dans l'infirmerie de mon confrère M. Buisson, pour la maladie épidémique, se lève pour aller au lit d'un de ses camarades et tombe comme frappé d'apoplexie. Je le trouvai dans l'état suivant : face gonflée, rouge, peau chaude, orthopnée, absence de sentiment et de mouvement ; point de bruit respiratoire ; sonoréité parfaite du thorax ; chants d'oiseaux ; sifflemens. J'ouvre largement la veine et tous ces accidens disparaissent un à un. D'abord retour de la parole ; délire ; puis retour du mouvement et du sentiment ; il ne reconnaît personne ; il me reconnaît ; il nomme tous les assistans, et le soir du même jour, je l'ai trouvé levé, avec un catarrhe pulmonaire à la seconde période. Le malade est sorti guéri quelques jours après.

A quelle maladie appartiennent les accidens qui sont venus tout à coup compliquer celle qui existait déjà chez les deux malades ? Est-ce une angine de poitrine qui est venue se surajouter au catarrhe de Calaud ? Nous ne le croyons point. L'angine thoracique est composée d'accès de courte durée, pendant lesquels la respiration est le plus souvent libre et la voix conservée ; l'intensité des douleurs, leur mode d'irradiation sont caractéristiques. Est-ce un accès d'asthme ? Souvent, il est vrai, l'asthme se lie au catarrhe, mais au catarrhe chronique. La saignée est ordinairement un remède impuissant contre cette maladie ; elle a soulagé Calaud. Après l'accès, l'asthmatique revient à son état naturel ; la maladie qui nous occupe est continue. Les antécédens suffisent pour la distinguer de l'asthme et de l'angine thoracique. Les efforts de vomissement, en faisant sortir les matières épaisses qui obstruaient les bronches, nous ont révélé la cause du mal et en ont opéré la guérison. Pour nous, il est hors de doute que Calaud a été pris d'un catarrhe suffoquant qui n'est autre chose que le catarrhe simple porté au *summun* d'intensité, c'est-à-dire jusqu'à l'obstruction des bronches par la tuméfaction de leur muqueuse ; catarrhe tel que serait celui des fosses nasales si pendant leur imperméabilité la cavité buccale ne livrait pas à l'air respiratoire un passage supplémentaire. Comparons ces deux catarrhes. De part et d'autre, c'est une muqueuse tapissant les voies aériennes, sensible aux mêmes impressions, malade, enflammée, tuméfiée, sécrétant les mêmes liquides aux mêmes périodes, etc. Combien d'analogies entre ces deux maladies, et cependant quelle énorme différence entre elles sous le rapport de la gravité ! D'où vient-elle ? Pourquoi le catarrhe pulmonaire aigu est-il si dangereux, quelquefois même mortel, tandis que le catarrhe nasal, porté au plus haut degré d'intensité, n'est jamais qu'une maladie bénigne ? C'est que dans le cas de coryza, quand les fosses nasales obstruées se refusent à l'entrée de l'air atmosphérique, la cavité buccale lui fournit

un passage supplémentaire. Supprimez par la pensée toute communication entre la bouche et les voies respiratoires, et toute différence va disparaître, et le danger devenir le même de part et d'autre. Sans cette admirable précaution de la nature, nul doute que le coryza ne fût une des affections les plus meurtrières du cadre nosologique. Il n'en est pas de même dans les cas de bronchite : l'air ne peut arriver aux poumons que par la trachée et ses divisions. Supposez que ces tubes aérifères deviennent imperméables, il arrivera ce qui est arrivé à notre malade. Il n'avait dans le principe qu'un catarrhe simple; les bronches laissaient encore passer la quantité d'air nécessaire à l'entretien de la respiration. A la suite d'un de ces refroidissemens que la saison rendait alors si communs et si faciles, il y eut surcroît d'inflammation; suppression de toute matière d'expectoration, comme il arrive dans une récidive ou au commencement du coryza; nouvel afflux de liquides; rapprochement des parois opposées et imperméabilité des tubes aérifères. A cet accident peut-être vient-il s'en joindre un autre; peut-être, poursuivant la muqueuse jusque dans l'intérieur de ces cavités où l'on suppose que s'accomplit l'acte de l'hématose, l'inflammation a-t-elle entravé les fonctions de cette membrane. Dans ces deux hypothèses, on s'explique très-bien et la pâleur de la face, et la petitesse du pouls, et l'oppression sternale, et l'aphonie, et l'absence complète de bruit respiratoire, sauf quelques sifflemens résultant du passage de l'air à travers d'étroites filières, et la sonoréité du thorax par les reste d'air contenu dans les poumons et ce *consensus* de toutes puissances qui président à la respiration pour vaincre l'obstacle qui leur était opposé. Que fallait-il faire dans un cas si grave? L'indication thérapeutique était précise et urgente : il fallait désemplir le système circulatoire sans égard pour la petitesse du pouls, qui était trompeuse. Une saignée abondante et à large ouverture arrêta les progrès du mal; l'inflammation catarrhale passa silencieusement à la seconde période. Les efforts de vomissement chassèrent les crachats épais qui encombraient les bronches, et dès ce moment, comme il arrive dans le coryza, l'air reprit son mode habituel de circulation et le malade marcha à la guérison en parcourant les phases ordinaires de sa maladie.

La même explication est applicable aux accidens du second malade (Saint-Amand). Si la maladie s'est montrée sous forme apoplectique, c'est que le malade était sanguin, pléthorique et très-disposé aux congestions cérébrales.

Dans ces deux cas, il faut nécessairement admettre l'intégrité, ou plutôt la perméabilité de quelques bronches, pour se rendre raison de la conservation de la vie chez ces deux malades, malgré l'intensité et la longueur des accidens auxquels ils ont été en proie.

Fièvre bilieuse catarrhale; récidives du catarrhe pulmonaire; fièvre tierce intermittente; guérison.

Obs. V. — Femme Dafaut, 26 ans, tempérament sanguin, mal réglée depuis 3 ans, détenue depuis 2, tomba malade le 29 octobre. Elle eut à 2 heures de l'après-midi un accès complet qui reparut les 30 et 31 à la même heure. Dans l'intervalle des accès ou plutôt des redoublemens, elle éprouva des frissons sans sueur.

Elle entra le 1er novembre dans l'état suivant : figure injectée aux joues et un peu jaunâtre autour du nez; yeux humides, brillans; céphalalgie sus-orbitaire intolérable; bandeau circumcéphalique; envies de vomir; douleur très-vive à l'épigastre et le long du sternum; toux déchirante, suivie de quelques crachats jaunes de la deuxième période du catarrhe, et d'un peu d'écume à petites bulles; voix rauque : pouls fréquent, élevé; peau tantôt chaude, tantôt froide, tantôt sèche, tantôt humide; pieds, genoux toujours froids; frissons nocturnes, insomnie, rêvasseries; anorexie; peu de soif; urines safranées et cuisantes au passage; selles naturelles; langue à peu près insignifiante. (Saignée copieuse le soir, diète.)

Le 2. Sang un peu couenneux. Diminution des symptômes inflammatoires; toujours frissons et sueurs, isomnie, yeux brillans et noyés. (Éméto-cathartique, diète.)

Le 3. L'émétique n'a fait rendre que des selles bilieuses sans vomissemens; sueurs abondantes. La quantité des crachats de la deuxième période diminue; ceux de la troisième sont plus abondans.

Le 4. Aphonie; aggravation des symptômes du catarrhe, produite par le froid de la veille et de la nuit.

Le 5. Sommeil, douleur à l'oreille gauche, urines troubles, aphonie; crachats num. 2 et 3.

Le 6 Les crachats de la troisième période (num. 3) augmentent; la toux n'est presque plus douloureuse. Sueurs sans frisson et quelques rêvasseries en dormant. Mieux sensible.

Le 8. Même état.

Le 9. Elle a eu un accès complet à 5 heures du soir; la douleur d'oreille persiste.

Le 10. Crachats num. 2 et 3, avec quelques filets de sang. Les crachats num. 3 sont plus abondans. Accès de fièvre intermittente à 10 heures du matin, qui a duré toute la journée à peu près, et qui a été accompagné d'une récidive du catarrhe. Les urines déposent. (12 sangsues à l'épigastre, diète.)

Le 11. Diminution de la douleur épigastrique.

Le 12. Sueurs nocturnes sans frissons.

Le 13. Nouvel accès qui a duré de 10 heures à 4 heures. Point de frisson dans d'autres momens que celui de l'accès. L'aphonie persiste. Hier douleur dans l'hypocondre droit pendant la journée.

Le 14. A 7 heures du matin, frisson; hier, sueur; obligée de se tenir assise dans son lit pour diminuer les quintes de toux. (20 grains de sulfate de fer pour prévenir l'accès.)

Le 15. L'accès est venu de 10 heures à 2 heures, mais moins fort; les crachats sont presques tous de la troisième période, c'est-à-dire composés d'écume à grosses bulles; disparition de la douleur d'oreille; appétit; voix un peu enrouée. (20 gr. de sulfate de fer pour demain à 7, 8, 9 heures du matin, en potions.)

Le 16. Sommeil, appétit, voix claire.

Le 17. Point d'accès hier.

Le 18. Point d'accès; appétit, sommeil, voix naturelle; sort demain 19, après un mois de maladie.

Nous prions le lecteur de noter : 1° que, dans les deux observations précédentes, la fièvre bilieuse se rapproche beaucoup des fièvres intermittentes; 2° que nous avons em-

ployé le sulfate de fer comme antipériodique. Je ne dirai rien ici des heureux résultats de la méthode évacuante ou seulement combinée, suivant les cas, avec la méthode antiphlogistique. Nous y reviendrons plus tard, et nous consacrerons à ces faits tous les développemens que leur importance mérite.

Gastro-entérite chronique avec complication bilieuse.

Obs. VI. — M.***, 37 ans, tempérament sanguin, constitution robuste pléthorique, m'appela dans le courant de mai 1833.

Première génération. Son grand-père succomba au vice de l'ivrognerie, père de sept enfans masculins.

Deuxième génération. Sur ces sept enfans, six eurent le même vice et la même fin. Le seul existant, quoique grand amateur de liqueurs alcooliques, en abuse rarement.

Troisième génération. Notre malade est le fils d'un des enfans morts. Il commença de se livrer aux mêmes excès à 17 ans. C'est à 27 qu'il sentit les premières douleurs de gastrite. Il éprouvait de vives douleurs dans l'hypocondre gauche et vomissait souvent après ses repas. A 32 ans, il fit une maladie de trois mois, pendant lesquels il vomissait tout ce qu'il prenait. Il rendit beaucoup de bile. Il boit facilement par jour 2 ou 3 litres de vin, autant de bière, la moitié d'un grand verre d'eau-de-vie, sans compter les additions de punch, de café, vin chaud, cassis, etc., qu'il fait de temps en temps à son ordinaire. Il a bu quelquefois de l'alcool. Son *facies* est caractéristique; les yeux semblent sortir de la tête; ses conjonctives sont très-injectées; les joues couleur de lie de vin. Depuis 10 ans à peu près les fonctions digestives s'exécutent mal. La bouche est pâteuse le matin; point d'appétit ou très-rarement. Quand le malade mange, c'est par besoin de vivre, et, si j'osais le dire, par habitude. De temps en temps sueurs, bouffées de chaleur, frissons; constamment douleur au ventre, à l'épigastre, et surtout à l'hypocondre gauche; urines rouges; fréquens vomissemens de matières *non digérées;* sommeil normal; les selles sont habituellement rares et peu abondantes.

Dans le courant de mai, la fièvre devint plus forte; des étourdissemens se joignirent aux symptômes précédens; l'hypocondre gauche devint plus douloureux. Je pratiquai une saignée de 2 livres qui soulagea beaucoup le malade. Comme il avait beaucoup envie de vomir, la bouche amère et un peu de constipation, j'administrai un émeto-cathartique qui le guérit pour le moment en lui faisant rendre 1 litre ou 1 litre 1/2 de bile.

Les mêmes symptômes se représentèrent dans le mois d'octobre, avec prédominance de ceux qui indiquaient la pléthore bilieuse. La saignée, quoique abondante, fut sans effet; le sang était un peu couenneux.

Le lendemain, je percutai la région stomacale. Ayant reconnu la présence d'un liquide dans la cavité de l'estomac, j'administrai 2 grains de tartre stibié qui firent rendre au malade près de 3 litres de bile, avec des selles bilieuses. Quelques symptômes disparurent; les autres s'amendèrent de nouveau. La douleur de l'hypocondre persista au même degré. Il est superflu de dire que, malgré toute espèce de recommandation, le malade a continué son train de vie habituel.

Je l'ai revu le 17 novembre. Nouvelle récidive; l'estomac débordait les fausses côtes gauches de près de quatre travers de doigt; il résonnait comme une vessie pleine de liquide.

C'est plutôt un fragment d'observation qu'une observation complète, et le seul cas de gastro-entérite que nous ayons rencontré depuis l'apparition de ces fièvres bilieuses. M. Broussais en a vu de semblables. Il observe dans son *Traité des phlegmasies chroniques*, à l'occasion du traitement des gastrites latentes, que l'émétique produit *un soulagement marqué* (dans les cas de saburres bilieuses); mais que *c'est pour peu de temps.* C'est ce qui est arrivé dans ce cas. La raison en est facile à donner : l'émétique ne sert qu'à débarrasser l'estomac de la bile qui le surchargeait, et s'il n'augmente pas la phlogose intestinale, c'est parce qu'il trouve une grande quantité de liquide pour se dissoudre, et que le solutum, assez actif pour provoquer l'action expulsive de l'organe, ne l'est pas assez pour augmenter le mal. Il n'attaque qu'une complication; la maladie principale persiste, et pour la guérir radicalement il faudrait, comme dans tous les cas semblables, que le malade renonçât à ses habitudes vicieuses; c'est la condition de guérison *sine quâ non*, et cela est impossible au nôtre. Les antiphlogistiques locaux et généraux, le régime, les boissons émollientes, les bains, etc., achèveraient la guérison.

Dysenterie bilieuse; erysipèle gangréneux de la face; mort.

Obs. VII. — Étier, détenu, entra à l'infirmerie le 18 septembre, venant des ateliers où il infectait depuis plusieurs jours ses camarades par la fétidité de ses selles. Voici son état : Facies hypocratique, voix grêle, peau naturelle, sèche, coriace sous le rapport de la température; point de fièvre; langue naturelle; ventre concave en avant, ténesme; selles continuelles et la nuit et le jour consistant en un liquide sanguinolent et infect où flottait une matière blanchâtre semblable à de la raclure de boyaux; appétit. Cet état dura jusqu'au 15 octobre. Les sangsues appliquées à l'anus; les lavemens laudanisés, froids, astringens; les préparations d'opium administrées à l'intérieur, à fortes doses; les vomitifs, la diète, les bains, tout fut employé et rien ne put produire le moindre amendement dans les symptômes.

Le 15. Érysipèle de la face que je regardai comme critique et que je respectai. Les selles avaient diminué : elles ne s'élevèrent qu'au nombre trois en vingt-quatre heures.

Le 16. Il coule des yeux une sérosité citrine abondante.

Le 17. Escarres blanchâtres à la paupière supérieure de l'œil gauche; réapparition de la dysenterie, qui prend le caractère bilieux; le malade remplaissait chaque jour et chaque nuit un pot ordinaire.

Le 17, 18, 19, 20. Même état; aphonie; langue bonne; point de fièvre; peau froide, coriace; facies misérable; œil gauche très-tuméfié, sur le point de tomber en gangrène; absence complète de symptômes cérébraux. (Diète, eau de riz pour tisane.)

Le 21. Gangrène de l'œil gauche; remplit en 24 heures trois pots ordinaires de matière bilieuse dysentérique infecte. Il demande à manger depuis plusieurs jours, j'accorde un peu de bouillie.

Le 22, même état.

Le 23. Mort le matin à quatre heures après avoir déliré toute la nuit.

Ouverture 12 heures après la mort. — Ecchymose à la face antérieure de la cuisse gauche et supérieure du pied du même côté; les muscles de ces deux parties étaient un peu décolorés et infiltrés d'un liquide qui avait la plus grande ressemblance avec la sérosité citrine qui découlait des yeux.

Estomac plein de bile épaisse, grand cul-de-sac arborisé. Duodénum et intestins grêles dans l'état sain ainsi que tout l'appareil biliaire. Les valvules conniventes étaient d'un vert bleuâtre que le lavage ne pouvait pas enlever.

Colon. — Le côlon ascendant et le cœcum étaient enflammés; il était facile de voir à quelques ulcérations larges et superficielles, à l'épaississement de la membrane muqueuse et à sa teinte grisâtre, que l'inflammation était ancienne; elle remontait jusqu'au colon transverse, qui, sauf quelques petites ulcérations, était dans l'état normal, pour reparaître dans le colon descendant en augmentant de plus en plus à mesure qu'on approchait de l'anus. Le diamètre de l'S iliaque et du rectum était rétréci. La membrane muqueuse était criblée de petits ulcères qui semblaient avoir été faits avec un emporte-pièce; ils avaient une ligne, une ligne et demie et deux lignes de diamètre, et ne pénétraient pas jusqu'à la membrane péritonéale. La muqueuse était grise, très-épaissie, presque cartilagineuse. Sa coupe ressemblait à celle d'une forte aponévrose; le bistouri criait en la divisant.

Rate triple de son volume habituel.

Poumons. — Pneumonie hypostatique de la base des deux poumons. Abcès circonscrit entre le lobe supérieur du poumon droit et la plèvre.

Le cerveau n'a pas été ouvert.

Fièvre bilieuse catarrhale simulant une fièvre intermittente quotidienne.—diarrhée bilieuse.— hydropisie.—mort.

Obs. VIII. — Femme Poumeyret, 25 ans, tempérament sanguin, détenue depuis huit mois, entra à l'infirmerie le 30 septembre; elle avait perdu ses règles depuis une année par l'effet du violent chagrin que lui avait causé sa condamnation. Depuis quinze jours à peu-près, et tous les jours, elle avait à cinq heures du soir un accès qui durait jusqu'à minuit.

Le 30 septembre. Vingt grains de sulfate de fer emportèrent l'accès, qui revint le lendemain, 1er octobre, à la même heure, mais moins fort.

Le 2 octobre. Point d'accès.

Le 3 et le 4. Point d'accès; mais depuis plusieurs jours quelques frissons dans le dos, entre les épaules; froid aux pieds; céphalalgie sus-orbitaire; yeux et figure verdâtres; dégoût d'alimens; bouche amère; tous sèche; insomnie; douleur épigastrique; rêvasseries; température de la peau naturelle; peu de fièvre; respiration facile; bourdonnemens dans les oreilles.

Le 5 octobre. Mêmes symptômes; envies de vomir. (Tartre stibié, 1 grain et demi dans une potion de 5 onces.)

Le 6. Elle ne prit que quelques cuillerées de la potion et rendit un peu de bile, dont l'émission la soulagea beaucoup; elle eut aussi quelques selles bilieuses.

Le 7 au matin. A vomi hier un litre de bile; trois selles; disparition de tous les symptômes, tels que céphalalgie, froid des pieds, dégoût, douleur épigastrique, envies de vomir. Quelques sueurs nocturnes; sommeil; langue vermeille; mieux sensible. (Deux soupes.)

Le 8 point de frisson ni de sueur dans la journée d'hier; la toux est beaucoup moins douloureuse. Deuxième période: Sommeil; selles bilieuses assez solides; urine très-foncée; peau un peu sèche; peu ou point de fièvre; figure toujours un peu verte; absence de toute espèce de douleur. (Bouillie et soupe matin et soir; sulfate de soude, 1 once.)

Le 9. Une selle; ni frisson, ni sueurs, ni céphalalgie; sommeil; appétit; pouls un peu fébrile; facies verdâtre; langue pointue, blanchâtre au milieu, rouge au bout; respiration normale; presque plus de toux; urines naturelles. (Pain, viande et vin matin et soir; sulfate de soude, 1 once.)

Le 10. Un peu de céphalalgie; quelques étourdissemens; fièvre sans redoublement; beaucoup de selles bilieuses; se trouve bien.

Le 11 et le 12. Sueurs; frissons aussitôt qu'elle se lève; garde-robes faciles; appétit; la toux a un peu augmenté.

Le 13. Voyant toujours le facies d'un vert jaunâtre et craignant qu'il n'existât quelques petits accès de fièvre intermittente, je prescris une livre de décoction de quinquina à la malade, qui a d'ailleurs bon appétit, se lève et se trouve à-peu-près guérie.

Le 17. Diarrhée bilieuse.

Le 18 et le 19. Même diarrhée. (Diète; eau de riz pour tisane.)

Le 20. Deux demi-lavemens laudanisés.

Le 24. Plus de diarrhée depuis le 20; elle mange avec appétit et sans prendre de forces.

Le 25, le 29 et le 27. Même état.

Le 28. Depuis quelques jours, elle avait un pouls petit, fréquent; la peau sèche, froide. Je découvre la malade et reconnais une ascite. Point d'urines ni sueurs depuis quatre jours; insomnie; hydrothorax. Depuis quelques jours, la malade ne dormait que sur le côté gauche; mais comme je ne pouvais aborder son lit que de ce côté, le fait n'avait pas attiré mon attention. Croyant à l'existence de quelque fièvre intermittente, je prescris la décoction et le vin de quinquina avec la diète.

Le 29, le 30 et le 31. Même état; peu d'urine. (Même prescription, avec addition d'oxymel scillitique dans la tisane.

Le 1er novembre. Quelques selles; urines peu abondantes.

Le 2 novembre. *Mieux apparent;* la diarrhée est revenue; urines abondantes; ventre moins tendu; bras et jambes moins œdémateux; crachats un peu pneumoniques; ni frissons, ni sueurs; point d'appétit; langue un peu sèche; côté gauche mat; on n'entend aucun bruit respiratoire. (Décoction de quinquina et oxymel scillitique.)

Le 3. Expectoration de quelques crachats rosés; pouls petit; fréquent; langue pâteuse, sèche; insomnie; diarrhée; grande oppression; voix presque éteinte; décubitus sur le côté gauche; facies toujours verdâtre; peau presque froide, sèche.

Mort le 4, à dix heures du matin, avec intégrité des facultés intellectuelles, et au moment où on allait lui appliquer des sangsues sur le côté gauche.

Thorax. Côté gauche rempli de sérosité citrine ; le poumon était du volume du poing et retiré vers les racines ; on aurait cru, au premier coup d'œil, qu'il n'existait pas. Le lobe supérieur était atteint de pneumonie tuberculeuse ; des cavernes commençaient à s'y former, les tubes bronchiques étaient disséqués et la plèvre pulmonaire était sur le point d'être perforée. Le lobe inférieur était atrophié. J'ai eu toutes les peines du monde à l'isoler du supérieur. Toute la surface pleurale était couverte de fausses membranes épaisses, à inflammation ponctuée.

Le côté droit offrait aussi des traces de pleurésie récente ; quelques fausses membranes se voyaient çà et là. Point de sérosité ; poumon sain très-crépitant. Le péricarde est plein de sérosité.

Abdomen. — Les intestins nageaient dans ce liquide. Foie et rate adhérens au diaphragme, dont les deux surfaces concave et convexe étaient criblées de tubercules miliaires, ainsi que le péritoine. La malade avait pris un peu de bouillon et de vin quelques momens avant de succomber. J'ai trouvé dans l'estomac une matière liquide noirâtre tenant en suspension quelques flocons blanchâtres qui m'ont paru être le résultat d'une digestion commençante. Après en avoir débarrassé cet organe, j'ai vu toute la surface recouverte d'un mucus glaireux très-filant, très-onctueux, mêlé, surtout vers la grande courbure, à de longues stries de sang qui auraient fait croire à un œil peu attentif que la muqueuse était enflammée. Le lavage rendait bien vite à la membrane veloutée son aspect naturel. Les deux tiers gauches de l'estomac avaient seuls participé à ce travail de digestion. Le tiers pylorique était dans l'état normal. Tout le système veineux abdominal, et surtout celui de l'estomac, étaient distendus par du sang noir. Il me fut facile de voir ramper sous le péritoine une foule de filets blanchâtres qui étaient des vaisseaux chylifères. J'en suivis plusieurs jusqu'au réservoir de Pecquet : le liquide qu'ils contenaient était blanc au sortir de l'intestin, et incolore près du réservoir. Il est vraisemblable que le travail de la digestion a continué encore quelques instans après la mort, car la malade avait à peine pris son bouillon quand elle a expiré. L'iléon contenait beaucoup de bile pure de distance en distance, et offrait vers sa terminaison deux petits ulcères semblables à ceux qui s'y forment si souvent dans la dernière période de la phthisie. Le duodénum, l'appareil biliaire, que j'ai examinés avec grand soin, le cœcum, le colon et le rectum, ne m'ont offert rien de remarquable.

Fièvre bilieuse catarrhale, diarrhée bilieuse, double pneumonie latente, fièvre typhoïde (entérite folliculeuse), mort.

Obs. IX. — Brunette, 23 ans, détenue depuis deux mois, ne fut réglée qu'à 22 ans ; ses règles venaient tous les deux ou trois mois ; elle était d'un tempérament bilieux. Entrée le 1er octobre, elle nous dit que depuis trois semaines elle était prise tous les soirs et à 7 heures d'un frisson accompagné de froid, qui durait deux heures, quelquefois même toute la nuit, sans qu'elle pût se réchauffer. Quelquefois aussi il durait toute la journée, et constamment il augmentait le soir. Il paraissait entre les épaules, et le froid était si violent, qu'*elle croyait avoir un morceau de glace au milieu du dos*. Chaque soir à 7 heures le frisson était suivi de chaleur et de sueur. Ces deux dernières stades disparaissaient vers le milieu de la nuit et successivement, pour ne reparaître que le lendemain à pareille heure. De plus, douleurs dans les bras ; elles étaient si vives dans les jambes, que la malade ne pouvait pas marcher. Céphalalgie sus-orbitaire tellement forte, que Brunette n'y voyait pas dans certains momens. Elle serrait sa tête avec un mouchoir, dans l'espoir de diminuer la douleur. Facies et sclérotiques verdâtres, yeux humides, brillans, langue pâteuse un peu verdâtre, bouche amère ; elle vomissait tout ce qu'elle prenait depuis huit jours. (Toujours, à dater du 1er octobre, jour de son entrée) inappétence, douleur vive à l'épigastre et dans l'hypocondre droit augmentant, à la pression ; douleur pleurétique sous le sein droit depuis quatre jours ; petite toux sèche depuis le commencement de la maladie ; ne pouvait ni tousser, ni inspirer profondement sans être arrêtée par les points douloureux que nous avons signalés. Pouls un peu fébrile, urines rouges, safranées ; selles à peu près à l'état normal. (Tisane commune ; diète ; 20 sangsues au creux épigastrique).

Le 2. Diminution de la douleur épigastrique ; insomnie causée par les frissons ; pouls plus fréquent, plus développé ; peau chaude ; point pleurétique à droite ; céphalalgie intense ; point d'envie de vomir. (Tisane commune, diète, saignée d'une livre.).

Le 3. Accès complet hier soir à trois heures. La douleur s'est transportée de l'hypocondre gauche à l'hypocondre droit ; très-vive à l'épigastre. Respiration difficile, douloureuse, courte ; peau brûlante, sueurs abondantes, plus d'envie de vomir ; céphalalgie sus-orbitaire. (Diète).

Le 4. Mêmes douleurs ; insomnie ou rêvasseries dès qu'elle s'assoupit ; une selle hier soir ; urines safranées ; hier à 6 heures, accès complet pendant la journée et la nuit ; quelques bouffées de chaleur sans frisson ; pieds toujours froids ; membres brisés ; soif vive ; même facies verdâtre ; 30 inspirations et 114 pulsations par minute. Voyant depuis deux jours que le traitement anti-phlogistique, loin de diminuer la gravité des symptômes, ne faisait qu'y ajouter, je prescrivis 2 grains à peu près de tartre stibié à prendre sur-le-champ en trois fois dans de l'eau sucrée, et à intervalles de demi-heure. Je revins la voir à 8 heures du soir, et j'annonçai à deux personnes qui m'accompagnaient qu'elle se trouvait beaucoup mieux. Elle me dit en effet qu'elle était très-soulagée. Le premier tiers avait été rendu en nature ; les deux derniers furent suivis d'une énorme quantité de bile qu'on peut hardiment évaluer à trois livres, et de quelques selles bilieuses. Voici l'état de la malade : disparition de la céphalalgie, du bandeau circumcéphalique, des sueurs, des frissons, des nausées ; diminution des douleurs épigastriques, hypocondrique gauche, pleurétique ; respiration plus faible ; pieds toujours froids ; peau moins chaude ; pouls moins fréquent ; point de redoublement ni d'accès.

Le 5 (7 heures du matin.). Insomnie ; réapparition de la céphalalgie et du bandeau ; douleur très-vive à l'hypocondre gauche et un peu à l'épigastre ; pieds froids ; ni chaleur, ni sueur, ni nausées ; bouche amère ; urines safranées déposant un peu ; une selle pendant la nuit ; yeux et figure

verts. (20 sangsues à l'hypocondre gauche.) 5 heures du soir. Les sangsues ont augmenté le mal. Douleurs très-vives à la tête, à l'épigastre et à l'hypocondre gauche ; beaucoup de fièvre. (1 grain et demi d'émétique dans une potion, à prendre *illico.*)

Le 6 au matin. Elle a vomi hier soir une livre au moins de bile jaune qui tenait en suspension une foule de globules blancs et gras qui m'ont paru être le résultat de la digestion d'alimens que je n'avais point prescrits. Aussitôt après le vomissement, disparition de la céphalalgie, des douleurs sous-diaphragmatiques, des frissons ; un peu de sommeil pendant la nuit ; quelques sueurs ; yeux encore brillans et humides sans être jaunes, pouls fréquent ; urines safranées ; point de selles. (Sulfate de soude 1 once, dans la tisane, diète.)

Le 7. Insomnie ; réveils en sursaut ; point de selles ; beaucoup de fièvre ; peau chaude ; céphalalgie sus-orbitaire ; douleur à l'hypocondre ; yeux un peu jaunes, toux et respiration plus faibles depuis hier matin ; ni frissons ni sueurs ; langue blanchâtre, humide ; appétit. (Un peu de soupe au lait et sulfate de soude, une once et demie, tartre stibié un grain.)

Le 8. Hier matin redoublement à onze heures ; ne prit point sa soupe au lait ; quelques vomissemens et trois selles ; pommettes rouges ; pouls large et fréquent ; douleurs sous-diaphragmatiques ; point d'expectoration ; un peu de toux sèche ; yeux brillans, humides ; langue rouge ; soif vive ; beaucoup de fièvre ; plus de froid aux pieds ; point de mauvais goût dans la bouche. Hier soir vers 6 heures elle voyait à peine ; insomnie, transes, réveils en sursaut, un peu de délire pendant le jour et pendant la nuit. Depuis quelques jours rate volumineuses. Je crus à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse. (12 grains de sulfate de quinine à prendre en 3 doses avant onze heures, diète.)

Le 9. Point de redoublement pendant la journée d'hier, ni frissons, ni sueurs, ni céphalalgie, ni envies de vomir. Une selle ; urines plus abondantes et très-rouges ; sommeil toujours fort agité. Aujourd'hui respiration fréquente ; pommettes rouges ; peau chaude, sèche ; pouls très-fréquent, très-vif (120 puls.) ; respiration accélérée, laborieuse ; bouche ouverte ; dilatation des ailes du nez (36 inspirat. et autant d'expirat. par minute.) Toux sèche ; yeux brillans et humides ; épigastre, hypocondres incolores ; langue humide et blanchâtre. (20 grains de sulfate de quinine dans un véhicule de dix onces, à prendre par cuillerées toutes les demi-heures, diète.)

Le 10. Sommeil, amélioration. (Même prescription.)

Le 11 au matin. Mon ami et confrère Buisson fit la visite pour moi, et prescrivit un peu de bouillon qui ne fit pas de mal à Brunette, et quelques pruneaux qu'elle ne mangea pas. A 3 heures de l'après-midi a eu lieu un accès de 3 heures à 8 heures. Point de changement dans le pouls ; pommettes rouges ; douleurs dans la région du diaphragme ; langue belle ; point de selles depuis deux jours ; yeux brillans et verts. (Tartre stibié, un grain et demi dans un verre de tisane, en deux fois.)

Le 12 au matin 140 pulsations ; a eu lieu hier soir son redoublement ; peau brûlante ; ventre ballonné ; langue bonne ; point de selles, point de douleurs. (Décoction de quinquina, un litre ; sulfate de soude, 2 onces m.) 9 heures et demie du soir. Quelques selles ; sommeil pendant le jour ; peau moins chaude ; pouls à 130.

Le 13. Dévoiement bilieux nocturne ; figure maigrie, toujours verdâtre ; ventre moins météorisé. (120 pulsations.) Mieux apparent. (Diète, tisane commune.)

Le 14 au matin, 120 pulsations ; délire nocturne ; la diarrhée continue ; respiration courte, fréquente ; toux sèche sans expectoration ; peau chaude ; soif vive ; ventre météorisé.

Quatre heures du soir, même état ; décubitus à droite ; un seul crachat pneumonique ; moins de diarrhée ; assoupissement presque continuel ; haleine fétide ; narines pulvérulentes ; langue humide ; point de nausées. L'examen du thorax m'apprend qu'il existe une double pneumonie latente. La moitié droite du poumon est affectée. (Saignée d'une demi-livre seulement, de peur d'accident.)

Le 15 au matin, 120 pulsations, le sang était recouvert d'une couche de matière incolore transparente, tremblante comme la gélatine des charcutiers et épaisse d'un demi-pouce ; point de sérosité. Hier, deux selles ; délire nocturne, ventre moins météorisé ; peau moins chaude ; langue un peu humide ; même facies. (Saignée d'une livre et demie.) Le sang en tombant avait la couleur de lie de vin. (Infusion d'arnica diète.)

Huit heures du soir, le sang du matin est couvert d'une couenne moins tremblante, moins épaisse et opaline ; point de sérosité. 120 pulsations ; peau moins chaude, presque plus de météorisme ; 2 selles ; peu de soif. La pneumonie gauche est presque disparue ; peu de matité au côté droit ; la respiration s'entend presque partout avec le râle crépitant. Langue un peu pâteuse avec sa couleur naturelle ; un peu de sommeil pendant la journée ; un peu d'appétit même, un seul crachat sanguinolent pendant toute la journée. (Diète, infusion d'arnica.)

Le 16 au matin, ventre météorisé ; délire nocturne ; langue moins humide ; haleine fétide ; pouls à 120 ; chaleur au même degré ; augmentation de la pneumonie droite. (Deux vésicatoires à droite et à gauche du thorax sous les mamelles.)

Quatre heures du soir, selles bilieuses ; rendu deux ascarides lombricoïdes. (Décoction de quinquina.)

Le 17 au matin, délire nocturne ; point de selles ; 112 pulsations ; haleine fétide ; langue sèche ; commencement de surdité ; ventre météorisé, douloureux ; même facies. Hier, à quatre heures, violent frisson suivi de chaleur ; matité au côté droit ; point de selles. (Saignée d'une livre et demie ; tartre stibié, 1 grain et demi en lavage ; lavement de sulfate de quinine de 12 grains.)

Quatre heures du soir, même état ; à huit heures, 105 pulsations ; peau moins chaude ; langue moins sèche : respiration plus facile ; état meilleur. Elle a vomi un litre à peu près de matières bilieuses. Elle n'a pas pris le sulfate de quinine ; l'accès de la veille n'a pas reparu, plusieurs selles bilieuses.

Le 18 au matin. Sommeil ; point de selles ; ventre météorisé ; langue sèche ; *râle crépitant redux* dans le côté droit ; 112 pulsations ; peau sèche ; ni toux ni expectoration depuis deux ou trois jours ; surdité ; lèvres fuligineuses.

(Tartre stibié dans sa tisane.) Trois heures. (100 puls., 40 inspir.) A vomi les premières gorgés de la tisane ; côté gauche à peu près libre ; *râle crépitant redux* dans la moitié inférieure du poumon droit ; un peu de transpiration à la face interne du bras gauche. (Saignée d'une livre ; diète.) Neuf heures du soir. Même état ; quelques selles bilieuses fort liquides.

19 au matin. 113 puls., 27 inspir. ; ventre moins météorisé ; délire nocturne ; langue sèche ; ni toux ni selles ; les vésicatoires ne suppurent point ; le sang n'est point couenneux ; deux cuillerées de sérosité citrine sont à sa surface. (Polygala et lichen avec tartre stibié ; looch kermétisé.) Quatre heures du soir. Même état. (Saignée.) Huit heures du soir. 100 puls., 35 insp. ; est plus tranquille ; quelques selles.

Le 20 au matin. 120 puls., 34 insp. ; un peu de sommeil ; quelques selles involontaires ; délire vers trois heures du matin. Quatre heures. Même état.

Le 21. Délire nocturne ; peu de soif ; point de selles. (Infusion de thé, menthe, camomille, avec addition d'un peu d'hydrochlorate d'ammoniaque ; diète.)

Morte à neuf heures du soir dans le délire, après quarante jours à peu près de maladie.

Nécropsie dix-huit heures après la mort.

Cerveau sain.

Thorax. — Pneumonie des lobes inférieur gauche moyen et inférieur droit. Le tissu du poumon avait beaucoup de force de cohésion, la maladie était en voie de résolution. Il y avait plutôt engouement qu'inflammation. Les deux poumons étaient en grande partie infiltrés de sérosité. Bronches enflammés. Trachée saine. Le lobe supérieur gauche seulement était adhérent à la plèvre.

Cœur. Caillot fibrineux très-consistant dans l'oreillette droite ; point dans la gauche.

Abdomen. La malade a pris à peu près 2 grains de tartre stibié ; l'œsophage était couvert dans sa moitié inférieure d'un petit enduit blanchâtre extraordinairement mince. Le grand cul-de-sac de l'estomac contenait un liquide grisâtre et offrait des arborisations partout où la muqueuse était en contact avec ce liquide.

Partout cette membrane était couverte de mucosités glaireuses, filantes, dont j'ai parlé dans la huitième observation. L'appareil biliaire, que j'ai examiné avec une attention scrupuleuse, ne m'a offert rien de remarquable. A partir de la valvule au milieu de laquelle vient s'ouvrir le canal cholédoque, la muqueuse intestinale était d'un rouge jaune de safran. Le lavage diminuait un peu cette forte teinte, mais ne l'enlevait point ; elle s'étendait à quatre ou cinq pouces de distance. En avançant vers la fin de l'iléon, j'ai rencontré d'abord de distance en distance quelques follicules de Brunner enflammés ; ensuite sont venus les ulcères, ulcères ronds à fond grisâtre, à bords épais taillés à pic, d'autant plus larges et plus nombreux qu'on approchait davantage de la valvule iléo-cœcale. Les ulcères n'attaquaient que la muqueuse et la musculeuse. Le fond de quelques-uns de ces ulcères (dont les plus larges avaient le diamètre d'une pièce d'un franc) était tellement combiné avec des matières fécales, qu'on ne pouvait les enlever sans déchirer l'intestin. Les follicules agminés étaient parfaitement sains. Les ganglions mésentériques rosés, sans augmentation de volume. Colon enflammé. Rate plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Les autres organes m'ont paru sains.

Si j'ai longuement détaillé cette observation, c'est parce qu'elle m'a paru remarquable sous plusieurs rapports. Il est facile d'y reconnaître que, depuis le 1er jusqu'au 4 octobre inclusivement, le traitement antiphlogistique, au lieu de diminuer le mal, ne fit que l'augmenter. Le traitement évacuant produisit sur-le-champ une amélioration très-sensible, mais malheureusement éphémère. Des symptômes en apparence inflammatoires reparurent les 6 et 7. Nouvel emploi des antiphlogistiques, nouvel échec ; retour à la méthode évacuante, amélioration semblable à la première. C'est à la journée du 8 qu'on doit, il me semble, rapporter l'apparition des deux pneumonies latentes. La maladie alors cessa d'être simple ; à l'état bilieux succéda l'état inflammatoire ; mais cet état inflammatoire fut très-modifié par l'apparition de la fièvre typhoïde, qui semble dater du 10. Une certaine régularité dans les accès ou redoublemens du délire nocturne, une grande prostration du système musculaire, la mollesse, la fréquence du pouls, la sécheresse de la peau ; tout me fit croire à une de ces fièvres intermittentes pernicieuses qui sont si communes dans nos pays. J'eus recours aux préparations de quinquina, leur effet fut salutaire, mais de peu de durée. Enfin, un seul crachat pneumonique vint m'apprendre, le 14, ce que la rougeur des pommettes m'aurait dû faire deviner le 8. J'employai les antiphlogistiques ; s'ils eurent du succès, il ne fut que partiel. Pendant que la matité disparaissait dans les deux poumons pour faire place au bruit respiratoire, pendant que beaucoup d'autres signes annonçaient que la double pneumonie était en voie de résolution, je n'étais pas peu étonné de retrouver chaque jour, matin et soir, le pouls à 110 ou 120 pulsations, malgré les fréquentes et abondantes saignées de la veille et des jours précédens. Il restait une inconnue à dégager, qui était la cause de cette *malignité* dont tant d'auteurs nous ont transmis les symptômes sans nous dire à quelle lésion pathologique ils sont le plus souvent liés. Cette inconnue serait-elle l'inflammation des follicules de Brunner, que je ne connus qu'à l'ouverture du cadavre ?

La diarrhée bilieuse, qui parut le 12 ou le 13, sembla produire un peu d'amélioration dans l'état de la malade. Quoique cette diarrhée *tardive* m'eût déjà trompé plusieurs fois, elle me donna quelque espoir. La mort de la malade acheva de me convaincre que, pour être critique, la diarrhée ne devait pas se faire si longtemps attendre.

Nous nous contenterons pour le moment de tirer de ce fait, et d'une infinité d'autres que nous ne pouvons pas citer, les conclusions suivantes, qui ne sont pas nouvelles :

1° Toutes les inflammations ne cèdent point aux antiphlogistiques ;

2° On peut administrer 12 grains de tartre stibié en plusieurs doses sans produire d'inflammation d'estomac ;

3° Les diarrhées qui arrivent après les douze ou quinze premiers jours dans cette maladie, sont le plus souvent de très-mauvais augure, surtout quand il existe une phlegmasie pulmonaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

N° DU 16.

MÉMOIRE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE BILIEUSE *qui a régné à la Maison centrale de détention de Limoges pendant l'année* 1833; *par* M. VOISIN, chirurgien de cette maison, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Seconde partie (1). — *Description générale.*

§ I. — Synonymie.

Avant d'aborder la description générale de cette maladie, disons deux mots de la synonymie. Hippocrate et Galien l'ont décrite dans plusieurs passages de leurs œuvres sous les noms de fièvre ardente continue, fièvre maligne, fièvre hémitritée, etc. Hippocrate en parle longuement dans son Traité des maladies et surtout dans le livre premier de son Traité des maladies populaires. Cette maladie qui, selon lui, résulte du mélange de la bile et de la pituite, se lie à une affection des organes pulmonaires et débute sous plusieurs types : sous celui de quotidienne, tierce, demi-tierce surtout, quarte, quintane, souvent elle n'en a pas; c'est une fièvre erratique. Souvent elle laisse après elle une fièvre tierce et quarte. Il conseille de purger et de faire vomir. Partout de bons signes diagnostiques et pronostiques au milieu de théories humorales sans fin, nulle part de symptomatologie complète. Sydenham parle dans son 4e chapitre d'une fièvre continue qui régna à Londres pendant les années 1661, 62, 63, 64, et qui ressemble beaucoup à celle qui nous occupe. C'est la fièvre mésentérique de beaucoup d'auteurs et de Baglivi en particulier qui, dans sa lettre à Andry Nicolas sur la fièvre mésentérique d'Italie, en expose très-bien tous les symptômes, et donne des préceptes thérapeutiques dont j'ai souvent profité durant cette épidémie, et qui ne m'ont fourni que d'heureux résultats. C'est la fièvre méningo-gastrique de Pinel; la gastro-duodénite de l'école physiologique. Au milieu de tant d'écrits sur la fièvre bilieuse, n'oublions pas ceux de Stoll, ils méritent la préférence. Ils ne laissent rien à désirer sous aucun rapport, et nous réduisent au faible avantage de confirmer la justesse de ses observations. Nous laisserons à cette maladie la dénomination de fièvre bilieuse qu'il lui a donnée, dénomination qui nous paraît avoir plusieurs avantages : celui de ne rien préjuger sur la nature inflammatoire ou non inflammatoire de la maladie; celui de ne pas la localiser, et enfin celui de rappeler sur-le-champ à l'esprit son symptôme prédominant, les déjections bilieuses. Ne laissons point passer cette occasion sans exprimer combien l'on doit être étonné que, récusant l'autorité de Stoll et d'autres praticiens non moins habiles, non moins probes que lui, des esprits modernes plus préoccupés de leur système que de la vérité qui n'en admet aucun, aient biffé d'un trait de plume la fièvre bilieuse du cadre nosologique pour y substituer une nouvelle forme de gastro-entérite dont, selon eux, la fièvre bilieuse ne serait que l'effet. A nos yeux non prévenus, rien ne justifie une pareille substitution. Aussi, comme nous l'avons déjà dit, conserverons-nous à cette maladie le nom qu'elle a depuis si long-temps et qu'elle justifie à tant d'égards, aimant mieux avoir raison avec les anciens qu'avoir tort même avec nos amis.

§ II. — Symptomatologie.

A. *Fièvre bilieuse simple. Frisson.* — Un ou deux jours, et le plus souvent quelques heures après une impression de froid, une suppression de transpiration, quelquefois sans cause connue, il survenait un frisson qui commençait ordinairement entre les épaules, et de là s'étendait à tout le reste du corps. En même temps froid aux pieds, aux genoux, aux mains, entre les épaules surtout, où beaucoup de malades croyaient avoir un morceau de glace. Souvent le froid durait sans interruption et le jour et la nuit. Le malade avait beau se couvrir et rapprocher ses membres fléchis du tronc, rien ne pouvait le réchauffer : il tremblait de froid même alors que son corps était tout couvert de sueur. La sueur se joignait rarement au frisson; quelquefois il y avait froid et chaleur sans sueur; d'autres fois enfin l'accès était complet, et revenait le plus souvent à des heures irrégulières. Il y en avait souvent plusieurs dans la même journée; le plus fort se manifestait ordinairement à la fin du jour. Après les deux ou trois premiers jours, quelquefois la fièvre se réglait; elle prenait ordinairement le type demi-tierce avec grands accès les jours pairs, et petits accès les jours impairs; quelquefois le type quotidien. Il était très-rare qu'il n'y eût pas de frisson hors des accès, et de redoublement le soir, entre 4 et 5 heures.

Céphalalgie. — Tantôt elle paraissait avec le frisson, tantôt quelques heures ou quelques jours après; elle se faisait sentir au-dessus des orbites, sur une ligne parallèle à la direction des sourcils. Elle augmentait chaque jour et était si violente, que quelques malades se plaignaient de n'y plus voir. Pour en diminuer l'intensité ils se serraient la tête avec leur mouchoir. Jamais aucun malade ne s'est plaint de souffrir de la tête dans une région autre que la région frontale. Les douleurs sympathiques de l'estomac se portaient au front; celles de l'utérus à l'occiput.

Facies. — Quand cette céphalalgie existait, il était rare que le facies ne fût pas remarquable par la teinte verdâtre des sclérotiques, du contour des yeux, de la bouche et du nez; par l'humidité et l'éclat des yeux même sans coryza. Quand la maladie datait de quinze, vingt, trente jours, et j'ai eu des cas semblables à la campagne, la figure était si verte qu'il semblait qu'on eût passé une couche de bile sur toute sa surface. Ces symptômes (la coloration verdâtre de la face et le brillant des yeux) ont été si constans, j'en ai si souvent vérifié la valeur, qu'ils s'étaient métamorphosés pour moi en signes presque infaillibles, et que plusieurs fois il m'a suffi d'un coup d'œil jeté furtivement sur la figure du malade, pour lui faire, à son grand étonnement et sans aucune question préalable, l'histoire détaillée de sa maladie, et lui en indiquer le traitement.

Appareil digestif. — Les envies de vomir manquaient

(1) Voy. le numéro précédent de la *Gazette Médicale*.

rarement de s'adjoindre aux symptômes déjà signalés; elles paraissaient ordinairement le troisième ou quatrième jour. L'ingestion des alimens et quelquefois leur vue suffisait pour les provoquer; se liaient le plus souvent à une douleur épigastrique. Tantôt cette douleur paraissait avant, tantôt après les envies de vomir; quelquefois elle existait seule. Il fallait une pression plus que légère pour l'augmenter. Les hypocondres ont été le plus souvent douloureux; l'hypocondre gauche surtout. Quand le droit était douloureux, la douleur se faisait sentir vis-à-vis le duodénum; le plus souvent l'hypochondre gauche était tendu, tantôt par le seul volume de l'estomac plein de liquides seuls ou mélangés de gaz, tantôt par le colon transverse rempli de fluides élastiques, ou par l'un et l'autre simultanément. Tantôt ces envies de vomir étaient suivies de vomissemens, et tantôt sans effet. Le malade crachotait beaucoup. Souvent les alimens le faisaient vomir. Cependant nous avons vu plusieurs malades de la ville ou de la campagne qui mangeaient et buvaient en dépit de leur mal. Dire qu'ils digéraient bien ou qu'ils ne digéraient pas, serait manquer à la vérité. Les alimens leur *pesaient, mais ils finissaient par passer; leur estomac était paresseux.* Pour que la digestion s'accomplisse, il ne suffit pas que l'estomac sécrète un fluide particulier (suc gastrique); il faut encore qu'il saisisse, embrasse les matériaux qui lui sont livrés, et qu'il les mette en contact avec ce liquide; il faut de plus que ce liquide ne soit point étendu d'un liquide étranger qui n'est propre, par sa quantité ou ses qualités, qu'à neutraliser ses effets. Or, est-il étonnant que la digestion fût pénible chez la plupart de nos malades, dès qu'une énorme quantité de bile venait s'interposer entre l'estomac et la masse alimentaire?

Les malades avaient la bouche mauvaise, pâteuse, amère; ils n'avaient d'appétit pour rien et semblaient ne manger que par habitude; leur langue était blanche et un peu verdâtre. La langue ne nous a fourni aucun signe important. Peu de soif. La plupart des malades étaient constipés. Aucun n'a eu le dévoiement *au commencement de la maladie.* Leurs selles étaient noires, jaunes ou vertes.

Appareil urinaire. — Les urines étaient rares chez quelques malades, safranées, odoriférantes et cuisant au passage; chez d'autres elles étaient claires, abondantes, inodores.

Appareil respiratoire. — Il existait presque constamment une petite toux sèche, claire (toux gastrique des auteurs), exempte de douleur sous-sternale. Quelquefois le malade rendait un peu de mucus filant. Souvent la respiration était courte et arrêtée par les douleurs épigastrique et hypocondrique; le thorax était sonore, et l'auscultation ne faisait entendre aucun bruit morbide.

Appareil circulatoire. — En général le pouls était petit, serré; je ne l'ai trouvé inégal qu'une seule fois. Cette perturbation dans son rhythme ne dura que deux ou trois jours. La malade guérit. Vers la fin de la maladie, après des vomissemens spontanés ou artificiels, le pouls, comme nous le dirons plus tard, reprenait son état naturel.

Sommeil. — Il n'y en avait pas à proprement parler. Si le malade s'assoupissait, il était assailli par une foule de rêves, était réveillé en sursaut, etc.

Facultés intellectuelles. — Elles ont toujours conservé leur intégrité, sauf la mémoire qui a subi dans quelques cas une diminution fort sensible.

Voilà la fièvre bilieuse telle que nous l'avons vue dans son état de simplicité. C'est ainsi qu'elle s'est montrée le plus souvent à la campagne. Sauf quelques exceptions, tous les cas qui se sont présentés à la maison de détention, on été compliqués de quelque autre maladie, et c'est à l'histoire des complications que nous allons consacrer le paragraphe suivant.

B. *Fièvre bilieuse compliquée de catarrhe pulmonaire simple.*—Cette complication a été la plus commune de toutes. La fièvre bilieuse sans catarrhe s'est montrée à la ville et à la campagne et rarement à la maison de détention. Dans la grande majorité des cas, il y a eu coexistence des deux maladies. Puisqu'il en est ainsi, on pourrait nous demander pourquoi nous regardons plutôt le catarrhe comme complication de la fièvre bilieuse, que la fièvre bilieuse comme complication du catarrhe. La préférence que nous donnons à la première manière de voir est fondée sur les considérations suivantes: 1° nous avons d'abord observé la fièvre bilieuse simple hors de la maison de détention; 2° quand elle y a paru, elle était encore simple, en sorte que le catarrhe semble n'être venu qu'accidentellement; 3° souvent en guérissant la fièvre bilieuse nous avons guéri le catarrhe, tandis qu'en traitant le catarrhe nous n'avons que très-rarement réussi à guérir la fièvre bilieuse. Cela posé, passons à la description du catarrhe. Première période. Il paraissait deux ou trois jours après les frissons préliminaires dont nous avons parlé, rarement avant. Quelquefois il était précédé d'une inflammation de la pituitaire qui, après deux ou trois jours de durée, passait par voie de continuité à la muqueuse de la trachée et des bronches. Dans tous ces cas, le malade était tourmenté par une toux sèche, rauque, plus ou moins douloureuse suivant l'intensité du catarrhe, se renouvelant presqu'à chaque inspiration et toutes les fois que le malade voulait parler. Pendant les quintes, la figure devenait gonflée, rouge et les yeux larmoyans; il lui semblait *que quelque chose se déchirât intérieurement.* La douleur se faisait sentir entre les épaules, derrière le sternum, et surtout au creux épigastrique; la moindre pression y était quelquefois intolérable; les malades ne respiraient qu'avec de grandes précautions; ils se tenaient courbés et portaient toujours la main à l'épigastre au moindre accès de toux. Celle-ci était plus forte et plus douloureuse chez les hommes que chez les femmes, chez les adultes que chez les vieillards; chez les gens forts, robustes, doués d'un tempérament sanguin, que chez ceux qui se trouvaient dans des conditions opposées. Respiration courte, fréquente, mettant en jeu les muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens, les deux scalènes et tous les muscles inspiratoires de Charles Bell; il y avait aussi soulèvement des côtes et des clavicules. Pendant les douze ou quinze premières heures, il n'y avait pas ordinairement d'expectoration. La première matière de sécrétion que rendait le malade était un mucus un peu filant, transparent, coloré quelquefois par des stries de sang et parsemé de vésicules aériennes miliaires. Le thorax était partout sonore; on entendait moins de bruit d'expansion pulmonaire que des cris aigus, des chants d'oiseaux résultant du passage de l'air dans des tubes étroits, dont la muqueuse enflammée et tu-

méfiée remplissait à peu près tout le diamètre. Dans quelques points, on entendait un râle crépitant à petites bulles; dans d'autres, un râle à grosses bulles indiquant que la phlegmasie était déjà à sa seconde période. Constamment, la partie antérieure des poumons était moins malade que la postérieure; quelquefois elle ne l'était point du tout. En même temps, voix enrouée; quelquefois aphonie. Douleurs au larynx, au-dessus des clavicules, à la base du cou en forme de collier; pommettes et conjonctives injectées; la teinte verdâtre de la figure, masquée dans quelques points par le coloris inflammatoire, se réfugiait autour du nez et de la bouche; la céphalalgie sus-orbitaire était intolérable. Dans la fièvre bilieuse simple, elle donnait au malade la sensation d'un poids ou celle d'un coin prêt à lui fendre la tête. Bandeau circumcéphalique; sueurs fugaces, quelquefois abondantes, mélangées de froid et de frissons; peau alternativement chaude et froide, humide et sèche; pouls large, fréquent, dur; insomnie; malaise continuel; inappétence; soif vive; urines rouges, safranées, peu abondantes, quelquefois très-odorantes, cuisant au passage.

Cette période était la plus douloureuse. Les malades ne la supportaient qu'avec impatience et demandaient avec instance du soulagement : *Otez-moi ce qui est là, détachez ce qui est là*, disaient-ils en portant la main au sternum; elle durait deux ou trois jours. Le plus souvent, pendant que le catarrhe était encore à cette période dans un point, la seconde commençait à paraître dans un autre.

Deuxième période. — Elle était ordinairement précédée d'une augmentation de fièvre si légère que souvent l'on ne s'en apercevait pas. Souvent, comme nous venons de l'observer, cette période se confondait avec la première; il était même fort rare que leur existence fût parfaitement isolée l'une de l'autre, elle paraissait vers le deuxième ou troisième jour du catarrhe, et le malade se sentait soulagé; sa toux était *grasse;* il regardait et montrait avec plaisir ces crachats *cuits pourris*, selon son expression; ils étaient jaunes, larges, épais, adhérens au vase, mélangés à un peu d'écume miliaire appartenant à la première période. D'abord peu abondans, ils le devenaient davantage pour disparaître peu à peu au milieu de l'écume de la troisième période. En les regardant de près, on reconnaissait à leur texture filamenteuse qu'ils avaient passé à travers des tubes étroits. Ce caractère pourrait-il servir à les distinguer des crachats de la phthisie caverneuse qui, presque immédiatement transmis dans la trachée par les premières divisions bronchiques ulcérées, n'offrent point la texture dont nous venons de parler? En même temps, toux moins fréquente, moins douloureuse et d'autant moins qu'on approchait plus de la troisième période. Retour de la voix, partant sonoréité du thorax, peut-être moins grande qu'à l'ordinaire; plus de chants d'oiseaux, de sifflemens, de cris aigus, de râle crépitant à petites bulles, mais râles à grosses bulles, bronchophonie; peu à peu les bruits anormaux disparaissaient pour faire place au bruit respiratoire; la respiration était plus facile et le malade se tenait droit; comme ordinairement à cette époque la fièvre bilieuse était guérie, tous les symptômes qui lui appartenaient en propre avaient disparu. La céphalalgie existait encore; elle appartenait au catarrhe et diminuait avec lui en même temps que la douleur sous-sternale, épigastrique. Plus de douleurs ni au cou, ni aux clavicules, ni entre les épaules; la figure perdait peu à peu de son coloris inflammatoire et les yeux de leur éclat; les frissons devenaient plus rares et étaient remplacés par une douce transpiration plus abondante la nuit que le jour, et qui couvrait toute la surface cutanée; la peau était plus chaude; le pouls moins fréquent, plus souple; le sommeil moins difficile, moins troublé par des rêvasseries; les urines moins rouges, plus abondantes; l'appétit revenait, la soif s'apaisait; en somme, l'état du malade était beaucoup plus satisfaisant et s'améliorait continuellement à mesure qu'on avançait vers la fin de cette période; elle durait plus ou moins, suivant l'intensité du catarrhe : tantôt huit, tantôt dix, douze et quinze jours. C'était la période la plus longue. Elle occupait, terme moyen, les trois cinquièmes de la maladie; elle était fort sujette à récidive.

Troisième période. — De même que la première période se fondait insensiblement avec la deuxième, de même la deuxième se fondait avec la troisième. En effet, à peine les crachats n° 2 avaient-ils paru, qu'ils étaient mêlés dans quelques points d'une très-petite quantité d'écume à grosses bulles et non à bulles miliaires, comme l'écume de la première période. Ces crachats, quand la maladie suivait une marche régulière, augmentaient rapidement de quantité, et dès le deuxième ou le troisième jour, le malade remplissait deux ou trois crachoirs en vingt-quatre heures; l'écume devenait de plus en plus blanche, les crachats n° 2 disparaissaient complétement, et les bulles perdaient chaque jour de leur volume primitif. Quand le malade tenait la bouche ouverte, on les entendait très-bien crépiter dans la trachée; diminution de la toux; sonoréité du thorax; *râle crépitant réduit;* bruit d'expansion pulmonaire; disparition des douleurs sus-orbitaires, épigastriques, sous-sternales, sus-claviculaires, inter-scapulaires, etc.; des frissons, de l'injection faciale, de l'éclat des yeux, de l'oppression; diminution de la fièvre, des sueurs, des rêvasseries nocturnes, de la chaleur de la peau, sommeil; appétit; urines moins rouges, souvent critiques; selles faciles; retour des forces. Cette période durait deux, quatre, cinq, six jours, et se terminait ordinairement par l'exhalation d'un mucus bleuâtre produit de la sécrétion des follicules bronchiques revenus à leur état normal. Le malade était alors guéri.

Ce catarrhe durait deux ou trois semaines; les cas les plus graves ont duré un mois. On a dû remarquer que la fièvre bilieuse était guérie dès les sixième ou septième jours.

La marche de cette complication était fort influencée par le temps; le froid et l'humidité envoyaient de nouveaux malades, augmentaient le mal de ceux qui étaient dans les infirmeries et occasionaient des récidives.

Après cette complication, la plus commune a été celle de la pneumonie.

C. *Complication de pneumonie.*—Elle était heureusement assez rare, car elle était perfide. Les pneumonies se manifestaient ordinairement sous forme latente et échappaient très-facilement à l'œil du médecin. Elles occupaient la partie postérieure et inférieure des poumons. Leur apparition avait lieu pendant la deuxième période du catarrhe. On en était averti par *la rougeur des pommettes, la suppression de toute matière d'expectoration*, un peu de

délire nocturne et *le décubitus*. Décubitus dorsal, signe de pneumonie double ; décubitus latéral, signe de pneumonie simple. La percussion et l'auscultation du thorax achevaient de convaincre.

D. *Pleurésie.* — Cette complication a été plus commune que la précédente. Elle se montrait ordinairement sous une forme très-aiguë. L'épanchement se faisait avec une très-grande rapidité, et quelques heures suffisaient pour qu'il remplit la cavité d'une plèvre.

E. *Fièvre typhoïde.* (entérite follieuleuse, entéro-mésentérite, etc.) Voilà la complication la plus commune après celle du catarrhe, et la plus dangéreuse sans contredit ; la seule à peu près qui nous ait enlevé des malades. C'est à cette complication que la fièvre bilieuse doit les surnoms d'*ataxique*, de *maligne*, d'*adynamique* qu'on a donnés à quelques-unes de ses variétés. Cette complication s'est manifestée une fois sous forme apoplectique. Le malade devint presque tout privé de sentiment et de mouvement ; il soufflait toujours comme s'il eût voulu éteindre une chandelle. Le plus souvent elle apparaissait lentement pendant la deuxième période du catarrhe, et se liait presque constamment à quelque pneumonie latente. D'abord rougeur des joues, un peu de dévoiement, ou de la constipation ; ventre ballonné sur le trajet du colon, presque toujours douloureux surtout vis à vis la fosse iliaque droite ; délire furieux pendant la nuit ; redoublement fébrile pendant le jour et surtout le soir ; pouls fréquent, mou ; peau sèche, brûlante. Jamais de sueur ; langue pointue, rouge, légèrement humide ; mouvemens lents ; et à une époque plus avancée de la maladie, maigreur, sudamina, escarres gangréneuses, narines pulvérulentes, carphologie, etc. Un de ces malades a succombé à l'abondance vraiment extraordinaire des sueurs. On voyait s'élever de son corps une vapeur semblable à celle de l'eau bouillante. Cette exhalation morbide a duré dix à douze jours et autant de nuits.

F. *Ascite.* — Nous n'en avons eu que deux cas. Les deux malades sont morts. L'un a fourni le sujet de la huitième observation. Nous avons eu des complications de douleurs de reins, d'oreilles, de jambes, de pleurodynies, etc. Elles étaient toutes sympathiques et ont disparu par l'effet des vomitifs.

G. *Vers intestinaux.* — Nous avons eu deux cas ; l'*artemisia arbrotanum* en infusion les a fait rendre.

H. *Fièvres intermittentes.* — Cette complication s'est montrée à la campagne surtout dans les villages, dans les maisons et en général dans les lieux où règnent chaque année les fièvres intermittentes. Il y avait presque constamment dans ces cas tuméfaction de la rate.

I. *Gastro-entérite.* — Nous n'avons eu qu'une seule observation de cette complication. Nous l'avons rapportée.

§ III. — Terminaisons.

Ou la maladie était livrée à elle-même, ou elle était soumise à un traitement : dans le premier cas elle se terminait de plusieurs manières ; 1° par une crise spontanée ; 2° par une fièvre intermittente ; 3° par quelque complication.

1° *Par une crise spontanée :* elle s'opérait le plus souvent par une diarrhée bilieuse. *Un choléra guérit la fièvre*, dit Hippocrate dans son Traité des épidémies. Cette diarrhée se faisait quelquefois long-temps attendre et dans les cas où elle venait terminer la maladie, sa durée était toujours beaucoup plus longue qu'elle n'eût été si l'on eût employé un traitement convenable. Quelquefois le malade guérissait par des vomissemens. La cause la plus légère, la vue des alimens et à plus forte raison leur ingestion, la présence de la bile, etc., suffisaient pour solliciter les contractions de l'estomac et opérer l'expulsion de son contenu.

2° Par une fièvre intermittente *quin etiam ex his* (maladies qui ont une grande analogie avec celle que nous décrivons) *tertianæ et quartanæ oriri solent.* (Hipp., lib. Ier de affect., sect. 5). Nous avons observé cette espèce de terminaison à la maison de détention, à la ville et surtout à la campagne. Nous avons vu de ces maladies qui duraient depuis un mois et demi, deux mois, sous le type tierce, et qui avaient presque réduit les malades au squelette et à l'enveloppe cutanée. Point de terminaisons sous le type quarte. Que deviendrait cette fièvre intermittente si elle était abandonnée à elle-même ? nous l'ignorons.

3° *Par quelque complication* dont la fièvre typhoïde est la plus commune. « *Putris cacochylia nisi tempestivè educatur, in sanguinem ingrediendo vehementiores excitabit fermentationes atque ad longos et periculosos morbos patientem disponet.* (Baglivi). » Nous avons été quelquefois témoin de cette terminaison. Nous traitons même dans ce moment un jeune sujet de 14 à 15 ans, qui en est un exemple, et qui est peut-être redevable de l'état où il se trouve au funeste emploi d'un traitement vicieux (les sangsues).

D'autres complications aussi se présentent : les pneumonies, pleurésies, etc.

A quelle époque, arrivent ordinairement ces différentes terminaisons spontanées ? Nous n'avons pas assez d'observations pour fixer le lecteur sur ce point.

Dans le second cas, c'est-à-dire quand la maladie était soumise à un traitement convenable, elle se terminait par quelque mouvement critique tel que (par ordre de fréquence), urines sédimenteuses, diarrhée, épistaxis, rots, etc. L'urine critique paraissait ordinairement le septième jour, ensuite le neuvième, le cinquième, rarement le troisième. Nous avons trouvé le plus souvent des sédimens briquetés ; une ou deux fois des urines *subjuguales*. Leur émission était le plus souvent précédée d'un frisson. Nous avons eu des urines troubles qui n'étaient pas critiques.

Après cette crise la plus fréquente était celle qui s'opérait par la diarrhée. Elle arrivait aux mêmes époques que la précédente. Nous avons eu aussi une autre espèce de diarrhée qui paraissait après les 10 ou 12 premiers jours. Elle a été le plus souvent funeste au malade.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte à la fièvre bilieuse simple ou compliquée de catarrhe. Le plus souvent la fièvre bilieuse seule cédait à la crise, et le catarrhe continuait sa marche. Il a souvent eu pour crises spéciales des écoulemens sanguins sous forme d'épistaxis ou d'hémoptisie, et encore plus souvent des sueurs. Ces sueurs n'avaient point d'époque fixe ; elles paraissaient ordinairement dans la nuit qui suivait l'administration de l'émétio-cathartique ; leur abondance était en harmonie avec

l'intensité du catarrhe; une seule fois elles ont épuisé le malade (Jobelin), et l'ont fait succomber. Le repos les favorisait.

Nous n'avons eu que deux cas d'hémoptysie : l'une d'elles était critique, et l'autre supplémentaire. La première parut le cinquième jour, dura cinq jours, et guéri la malade au dixième. Le sang était pur, veineux; son émission était précédée d'un tremblement.

L'hémoptysie supplémentaire mérite quelques détails, et nous pensons qu'on ne sera pas fâché de les connaître, quoiqu'ils constituent un hors-d'œuvre.

Obs. — Florenty, 45 ans, tempérament sanguin, détenue depuis cinq ans, n'a plus de règles depuis deux ans; elle reste un, deux, trois mois, plus ou moins, sans cracher de sang; ensuite l'hémoptysie arrive, précédée de céphalalgie éblouissemens, vertiges, bourdonnemens dans les oreilles, qui disparaissent aussitôt que l'hémoptysie s'est déclarée; elle dure tantôt une, deux, trois semaines et tantôt un, deux ou trois mois; elle se fait ordinairement par le poumon droit. Je vis la malade le 10 novembre; elle se plaignait de douleur sous le sein droit. Je crus à l'existence d'un point pleurétique, et prescrivis l'application de quelques sangsues qui furent sans effet. L'hémoptysie parut le lendemain et soulagea la malade, qui m'apprit ce que l'on vient de lire.

Les épistaxis ont été très-communs chez les jeunes sujets, et ont appartenu presque exclusivement à la fièvre compliquée de catarrhe. Il faut, conformément à l'observation de nos devanciers, il faut, pour qu'elles soient critiques, qu'elles soient abondantes. Quand il ne s'écoulait du nez que quelques gouttes de sang, le malade n'était point soulagé; cette petite hémorrhagie en présageait ordinairement une plus grande, et quand elle avait lieu constamment, il en résultait une amélioration du catarrhe.

Nous avons observé beaucoup d'émissions gazeuses stomacales vers la fin de la maladie simple ou compliquée de catarrhe, mais peu de ces éruptions cutanées miliaires que Stoll a si souvent rencontrées. Nous n'en possédons que quelques cas; elles n'ont pas été critiques.

En résumé nous avons observé des crises : ces crises se sont manifestées le plus souvent les jours impairs; les jours où nous les avons le plus souvent observées, sont le septième, le neuvième, le cinquième et le troisième, par ordre de fréquence. Beaucoup de mouvemens critiques ont dû nous échapper, et nous ont réellement échappé, car nous n'avons visité les urines des malades que chaque matin, et par conséquent tous les mouvemens critiques qui ont eu lieu la veille par cette voie, ont été perdus pour nous. Et d'ailleurs, que de précieux renseignemens négligés par les infirmiers! combien d'incuries de leur part, malgré nos sollicitations et même nos menaces. Si quelque chose peut suppléer à la quantité des observations, c'est leur exactitude. Sous ce rapport nous avons fait tout notre possible pour nous mettre à l'abri des reproches. C'est au lit des malades et la plume à la main, que chaque matin nous avons noté leur état et constaté les jours critiques. Nous avouerons même que, dans le principe, nous ne songions pas le moins du monde aux jours critiques : les faits seuls nous ont donné l'éveil, et provoqué les recherches dont nous venons de donner les résultats.

§ IV. Diagnostic.

On peut confondre la fièvre bilieuse avec l'hépatite, la duodénite, la gastrite et la fièvre intermittente. Nous allons exposer les signes qui servent à distinguer ces quatre maladies de celle qui nous occupe.

Hépatite aiguë. — On la rencontre quelquefois dans nos climats : le plus souvent elle est de nature traumatique, et reconnait pour cause un coup, une chute, une opération. Dans ces cas il est impossible de la confondre avec la fièvre bilieuse. L'*hépatite chronique* est encore plus rare. Dans tous les cas, que cette maladie soit à l'état aigu ou à l'état chronique, elle se lie presque toujours à une augmentation de volume du foie, qu'un examen local suffira le plus souvent pour faire reconnaitre; à une douleur dans l'épaule droite, et à une autre douleur sourde, profonde et continue dans l'hypocondre du même côté. La première manque toujours dans la fièvre bilieuse; la seconde, celle de l'hypocondre droit, s'observe quelquefois, mais elle est aiguë, assez superficielle, et disparaît bientôt par l'effet du traitement ou de la marche de la maladie. Dans la fièvre bilieuse il y a constamment céphalalgie susorbitaire; ce caractère manque ordinairement à l'hépatite.

Duodénite. — Les deux ou trois premières fièvres bilieuses que nous avons observées nous ont trompés : nous les avons prises pour autant de duodénites. Nous sommes depuis longtemps revenus de notre erreur. Il est assez difficile d'établir les caractères distinctifs de la fièvre bilieuse et de la duodénite, attendu que l'histoire de cette dernière maladie est encore à faire. Cependant nous dirons que, *dans la grande majorité des cas*, la région duodénale était indolore à la pression, et sans tuméfaction, ce qui n'arrive pas ordinairement dans une phlegmasie; que le plus souvent et avant toute médication, le malade digérait, avec peine il est vrai, mais sans trop de douleurs, et qu'aussitôt après l'emploi de la méthode évacuante, l'appareil digestif reprenait ses fonctions, ce qui certes ne serait pas arrivé si le duodénum eût été enflammé. Si nous comprenons bien l'*inflammation*, les sangsues appliquées *loco dolenti*, sont, il nous semble, beaucoup plus propres à la combattre, que l'émétique. Or, le plus souvent les sangsues ont été sans effet, quelquefois elles ont beaucoup augmenté le mal, ainsi que les saignées et les bains, et l'émétique n'a jamais fait que du bien quand il a été employé à propos.

Enfin, pour troisième et dernière raison, nous dirons que nous avons ouvert ceux qui ont succombé à la maladie ou à ses complications, et ils sont au nombre de huit. Ceux par conséquent chez qui la maladie a été le plus intense, et nous affirmons que, malgré nos soins à rechercher s'il y aurait quelque altération morbide dans le duodénum et ses dépendances, malgré même, si j'osais le dire, notre désir d'en trouver pour pouvoir localiser enfin une maladie si singulière, nous affirmons que l'appareil biliaire et le duodénum nous ont toujours paru sains; car peut-on regarder comme une lésion pathologique une teinte plus ou moins jaune ou verte, surtout quand un léger lavage suffit le plus souvent pour la faire disparaître?

Nous attacherions beaucoup moins d'importance à la par-

tie du diagnostic, si, au mépris d'observateurs qui méritent un peu mieux, l'on n'avait point nié *à priori* l'existence de la fièvre bilieuse comme entité morbide, pour poser à sa place une maladie de complaisance qui en diffère autant que la fièvre quarte diffère d'une pneumonie. On a certes commis une grave erreur. Le mal ne serait pas bien grand, s'il s'était arrêté là. Il n'en a pas été et il n'en pouvait pas être ainsi. Dans notre science, les théories ont beaucoup d'influence ; elles dominent le traitement. Or, pour être conséquent, dès qu'il a été admis que la fièvre bilieuse était une *phlegmasie*, il fallait la traiter par les anti-phlogistiques. C'est justement ce qu'on a fait. De là une foule d'erreurs thérapeutiques bien plus condamnables que les erreurs scientifiques. Les dernières ne font de mal à personne, les premières s'attaquent directement à la vie des malades. Nous essaierons de remédier à cette dangereuse confusion en exposant les caractères qui différencient la fièvre bilieuse simple, telle que nous l'avons observée, de la gastrite telle qu'elle est décrite dans les œuvres de Broussais.

Ceux qui croiraient encore, ou qui seraient tentés de croire que la fièvre bilieuse est une gastrite, sont priés de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant.

GASTRITE AIGUE.	FIÈVRE BILIEUSE.
Étiologie	
S'observe pendant les saisons chaudes, dans les climats chauds, chez les gens qui abusent d'ingesta de nature stimulante.	S'observe pendant les saisons froides et humides, dans les pays froids. Notre épidémie a régné en septembre et octobre, attaque surtout les habitans des campagnes et en général les gens pauvres, mal vêtus, mal logés, etc.
Symptomatologie	
Débute après un excès, une violence directe, après une ingestion d'eau froide et le plus souvent sans frisson.	Débute à la suite d'une suppression de transpiration, toujours précédée d'un frisson.
Faciès injecté ou pâle, décomposé.	Faciès verdâtre, point décomposé.
Yeux injectés.	Yeux verdâtres, humides, brillans, sans injection, à moins qu'il n'y ait coïncidence de coryza.
Douleur âcre, pongitive, brûlante à l'épigastre et aux hypocondres.	Douleur semblable à un poids dans les mêmes régions.
Nausées continuelles, hoquets, vomissemens bilieux et sanguins peu abondans, qui se renouvellent à chaque instant et ne soulagent point.	Quelques nausées disparaissent après les vomissemens qui sont rares, fort abondans, bilieux, bilioso-pituiteux, sans jamais aucune trace de sang et qui soulagent beaucoup ou guérissent ; point de hoquets.
La céphalalgie n'est point constante et ne se montre pas toujours au même endroit.	Céphalalgie constante et toujours fixée au dessus des orbites.
Respiration courte, fréquente, laborieuse.	Respiration souvent normale.
Fièvre violente.	Peu ou point de fièvre.
Langue rouge, sèche.	Langue verdâtre, humide ou pâteuse.
Soif insatiable.	Peu ou point de soif.
Soubresauts des tendons, mouvemens convulsifs, le malade jette ses membres de tous côtés, se découvre, etc.	Le malade calme, a froid, se courbe sur ses membres fléchis et rapprochés du tronc pour se réchauffer.
Peau brûlante au commencement de la maladie froide et glaciale à la fin.	Peau froide au commencement de la maladie, chaude à la fin.
Complication.	
Ne se complique presque jamais de catarrhe.	Se complique le plus souvent de catarrhe.
Pronostic.	
Maladie grave.	Maladie bénigne
Traitement.	
Antiphlogistiques.	Éméto-cathartiques.
Les antiphlogistiques guérissent.	Les anti-phlogistiques augmentent le mal.
Les éméto-cathartiques augmentent le mal.	Les éméto-cathartiques guérissent.
Ouvertures cadavériques.	
Estomac, duodénum enflammés.	Estomac, duodénum sains.

Fièvre intermittente. Quand la fièvre bilieuse n'adopte point de type ; il est assez difficile de la confondre avec la fièvre intermittente. Dans le cas opposé, l'erreur est facile. Dans le premier cas, nous croyons que la maladie est simple ; dans le second, nous croyons qu'elle est doublée d'une fièvre intermittente. Nous allons essayer de justifier cette

théorie un peu singulière. Ayant pris pour des fièvres intermittentes les premières fièvres bilieuses réglées que nous avons rencontrées, nous avons administré le sulfate de quinine et nous avons observé que tantôt il faisait vomir et tantôt il ne faisait pas vomir. Quand il faisait vomir, il enlevait les symptômes de pléthore bilieuse et laissait subsister la périodicité des accès avec la teinte jaunâtre de la figure, et l'on était obligé d'avoir recours de nouveau à son administration pour achever la guérison; quand il ne faisait pas vomir, il n'enlevait que la périodicité des accès sans enlever les symptômes de la fièvre bilieuse, et il fallait pour la guérir en venir à l'éméto-cathartique. Ces faits étaient trop remarquables pour ne pas éveiller notre attention. Soupçonnant la coexistence de la fièvre bilieuse et de la fièvre intermittente, nous essayâmes d'opérer leur dédoublement et nous déclarons avoir réussi toutes les fois que nous avons entrepris de le faire ainsi; nous avons détruit la fièvre bilieuse en laissant subsister la fièvre intermittente et détruit la fièvre intermittente en laissant subsister la fièvre bilieuse.

D'autres considérations viennent encore à l'appui de notre manière de voir. Pourquoi ces prétendues fièvres bilieuses simples sont-elles presque toujours accompagnées de tuméfaction de la rate? Pourquoi le malade garde-t-il une teinte jaune-paille quand on s'est borné à l'emploi de la méthode évacuante? Pourquoi ces maladies règnent-elles à la même époque dans les mêmes localités, et atteignent-elles les mêmes individus que les fièvres intermittentes? Si notre théorie est admise, toutes ces questions sont résolues. L'on comprendra facilement pourquoi ces maladies ont été regardées par les uns comme des fièvres continues, par d'autres enfin comme des fièvres rémittentes, vrai juste milieu entre les deux premières opinions: toutes ces opinions sont fondées. Si la nôtre n'est point l'expression de la vérité, elle s'en rapproche beaucoup. Il y a une bien grande affinité entre les deux maladies en question; car nous avons observé la tuméfaction de la rate même dans des cas de fièvre bilieuse atypique, mais qui durait depuis longtemps.

§ V. — Pronostic.

La fièvre bilieuse simple n'est point dangereuse: elle le devient en se compliquant avec le catarrhe, parce que le catarrhe peut devenir suffoquant ou se changer en pneumonie. Il faut bien surveiller l'état des organes pulmonaires chez les malades doués d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin. Quelques phthisiques atteints du catarrhe n'ont pas été plus malades que les autres. La complication la plus grave de toutes a été celle de la fièvre typhoïde. Mauvais signes quand on trouvait la peau sèche, aride; le pouls mou et fréquent; les joues rosées; le ventre enflé. « *In omnibus morbis, sed præsertim acutis, inflatio abdominis superveniens, ac persistens, imminentem mortem denotat.* (Baglivi.) » Nous avons vérifié la justesse de ce pronostic; comme aussi nous avons appris à juger combien est de mauvais augure toute diarrhée qui survient dans le cours d'une phlegmasie des organes thoraciques; il ne faut point se laisser séduire par le mieux apparent qui en résulte, la mort ne tarde pas à enlever le malade. Les complications de pneumonie, de pleurésie, d'hydropisie ont été le plus souvent mortelles.

§ VI. — Durée.

La maladie simple a duré de trois à cinq, sept, neuf, jours; rarement elle a dépassé ce terme quand elle a été traitée d'une manière convenable. Quand elle a été livrée à elle-même, le plus souvent elle a été plus longue, elle s'est compliquée de fièvre intermittente et a duré un mois, un mois et demi. La durée alors était indéfinie, elle devenait presque chronique. Compliquée du catarrhe elle était plus longue qu'à l'état de simplicité, elle durait huit jours, quinze jours, un mois: un catarrhe récidivé était plus long qu'un premier catarrhe. La fièvre bilieuse catarrhale était un peu plus longue chez les gens âgés que chez les adultes; chez ceux qui étaient doués d'un tempérament sanguin que chez les autres. Nous avons eu aussi des récidives de fièvre bilieuse simple: elles n'augmentaient point la longueur de la maladie. Enfin dans les complications la fièvre bilieuse, comme nous l'avons déjà remarqué, ne tardait pas à disparaître, en sorte que la longueur de la maladie n'était autre que celle de la pneumonie, de la pleurésie, de la fièvre typhoïde, etc.

§ VII. — Anatomie pathologique, siége de la maladie.

L'anatomie pathologique de la fièvre bilieuse simple se réduit à zéro. Nous avons ouvert tous ceux qui ont succombé à l'épidémie, et les lésions morbides que nous avons trouvées appartenaient aux complications. Nous renvoyons le lecteur aux observations. Nous avons trouvé le trou de Botal ouvert sur un individu âgé de 40 ans à peu près (Romain) sans que rien pendant la vie ait pu nous faire soupçonner le mélange des deux sangs. Ce trou avait 4 lignes de largeur au moins, et admettait très-facilement le manche d'un fort scalpel. D'ailleurs, nous avons examiné dans toutes nos ouvertures, et avec la plus scrupuleuse attention, la vésicule biliaire, les canaux cystique, hépatique et cholédoque; le canal pancréatique, le duodénum, le foie, son système veineux, tous les organes enfin où nous supposions que la maladie pouvait avoir son siége, et nous n'avons rien trouvé qui pût nous rendre raison des phénomènes observés sur le vivant; et cependant il y a une altération d'organe, il y en a une quelle qu'elle soit. N'y aurait-il même qu'un surcroît d'activité dans l'appareil de sécrétion biliaire, cette lésion de fonction révèle presque nécessairement une lésion d'organe. Point d'effet sans cause. Et de même que la régularité des fonctions est l'expression des organes sains, de même l'irrégularité des fonctions est l'expression des organes malades. Tel est l'axiome sur lequel sont fondées la plupart de nos connaissances médicales. Où est la maladie? à quelle espèce d'organe appartient-elle? au système nerveux? nous le croyons. Il est assez difficile d'expliquer autrement et la disparition du mal après l'expulsion de la bile, et l'absence complète de lésions pathologiques. Cette opinion acquerra plus de valeur si l'on considère que la maladie a son siége dans toutes les parties auxquelles se distribue le nerf pneumo-gastrique, telles que le larynx, la trachée-artère, les poumons, l'estomac, le duodénum, la

vésicule biliaire, etc.; que les complications même affectent des organes placés dans l'atmosphère de ce nerf.

Comment expliquer cette toux sympathique observée par nous et par tous ceux qui ont vu des fièvres bilieuses? Pourquoi disparaît-elle aussitôt que l'estomac est débarrassé de la bile qu'il contenait? Tous ces faits s'expliquent par le mode de distribution de la huitième paire, et les relations qu'elle établit entre les organes digestifs et les organes respiratoires. Quoi qu'il en soit, nous ne pousserons pas plus loin ces considérations, sachant bien que nous sommes sur le terrain glissant des hypothèses.

N° DU 23.

Mémoire sur une épidémie de fièvre bilieuse qui a régné à la Maison centrale de détention de Limoges pendant l'année 1833, par M. VOISIN, chirurgien de cette maison, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Troisième partie. — Traitement.

Fièvre bilieuse simple. — Les premiers malades que nous avons eu l'occasion d'observer, se plaignaient d'une douleur au côté droit, sous les cartilages des fausses côtes et justement vis-à-vis le duodénum. La maladie fut prise pour une inflammation de cet organe, et le traitement dirigé en conséquence. Des sangsues appliquées sur le mal emportèrent la douleur. Elle reparut au côté gauche: nouvelle application de sangsues. Il était facile de s'apercevoir que nous perdions du temps. La persistance de la céphalalgie sus-orbitaire, de la teinte verdâtre de la face, des nausées, de l'inappétence, de la constipation, etc., nous indiquaient un besoin pressent d'évacuations. Quelques sels neutres furent administrés. Quelle fut notre surprise quand on nous dit qu'au lieu de purger le remède avait fait vomir et que le malade était guéri? Il nous en était arrivé autant, comme nous l'avons déjà dit avec les préparations de quinquina que nous avions employées dans une de ces complications assez communes de fièvre bilieuse et de fièvre intermittente. La guérison avait suivi les vomissemens. La nature nous donnait évidemment conseil. Nous le suivîmes non sans répugnance, surtout quand il fut question d'en venir à l'émétique. On en a tant dit de mal, il est si généralement banni, que j'hésitai à l'employer. Il ne réussit qu'imparfaitement la première fois, et quoique il eût fait rendre une grande quantité de bile, comme la maladie était ancienne, on fut obligé d'y revenir. La malade (madame Desf...) guérit. Cet essai nous encouragea; d'autres malades se présentèrent, quelques-uns avec le même point douloureux vis-à-vis le duodénum. Nouvelles applications de sangsues, nouveaux échecs. Retour à la méthode évacuante, nouveaux succès. Dès ce moment, l'existence des duodénites nous parut fort équivoque. L'explosion de notre épidémie acheva de nous éclairer. Ces prétendues inflammations disparurent et nous laissèrent voir la fièvre bilieuse telle que Stoll l'a si bien décrite. Ses ouvrages nous servirent de guide, sa thérapeutique dirigea la nôtre, et nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir suivi ses leçons. Sur 250 malades que nous avons traités à la Maison de détention avec notre confrère et ami M. Buisson, nous n'en avons perdu que huit, lesquels ont succombé à de graves complications qu'il était hors de notre pouvoir de prévenir. Nous n'avons eu aucun malheur dans notre clientelle particulière.

Le malade se présentait ordinairement le troisième ou le quatrième jour de la maladie, époque où elle était bien dessinée. Aussitôt après son entrée à l'infirmerie on lui administrait en deux ou trois fois et à quelques minutes d'intervalle, une potion de cinq ou six onces de véhicule contenant un grain ou un grain et demi de tartre stibié, et une once ou une once et demie de sulfate de soude. Souvent la première dose ne faisait rendre que des *glaires*, des *mucosités*, et semblait préparer les voies à la bile. Les deuxième et troisième doses en faisaient rendre une énorme quantité, et nous croyons être au-dessous de la vérité en l'évaluant, terme moyen, à un litre par malade. Pendant les vomissemens on donnait à boire de la tisane qui, en augmentant la quantité de liquide à expulser fournissait une espèce de point d'appui à l'estomac et en facilitait les contractions.

Les malades qui vomissaient le plus facilement et le plus abondamment étaient les gens maigres, à tempérament bilieux, à cheveux noirs, etc. Nous en avons rencontré beaucoup qui ne vomissaient pas ou vomissaient très-difficilement. Chez eux l'émétique jouait le rôle de purgatif, ou si ces malades vomissaient ce n'était qu'au prix d'efforts inouïs, et encore ne rendaient-ils que des glaires écumeuses, de la *pituite* des anciens. En revanche, leurs selles étaient abondantes et bilieuses et le soulagement était le même. Ce fait souvent renouvelé attira notre attention, et nous ne tardâmes pas à reconnaître qu'il s'observait presque exclusivement chez les personnes robustes, à teint coloré, douées enfin des attributs du tempérament sanguin. L'émétique fut administré de nouveau dans ces conditions, et, conformément à nos prévisions, il ne produisit le plus souvent que des selles précédées de quelques vomissemens pituiteux. Comment expliquer ce fait? pourquoi le remède agissait-il comme purgatif chez l'un, et comme vomitif chez l'autre? Nous eûmes recours à la percussion; elle nous apprit que le passage de la bile dans l'estomac a lieu beaucoup plus tard chez les gens sanguins que chez les gens bilieux; que même assez souvent chez les premiers elle n'y pénètre point du tout et se dirige sur-le-champ vers les intestins. C'est vraisemblablement dans les cas de vacuité de l'estomac que le vomitif avait été administré. La nullité d'action serait très-expliquable. Une ou deux fois cependant le malade a rendu de la bile, et nous sommes tenté de croire ou que l'imperfection de l'exploration stomacale nous avait conduit à un diagnostic erroné, ou que la bile avait reflué du duodénum dans l'estomac par l'effet des contractions anti-péristaltiques que le tartre stibié avait provoquées.

Dans tous les cas, resterait à savoir pourquoi la sécrétion de la bile ou son passage dans l'estomac s'opère plus lentement chez les gens sanguins que chez les gens bilieux. Contentons-nous du fait sans en rechercher l'explication.

Voilà donc un fait signalé par nos devanciers et confirmé par nos observations, savoir: que les vomissemens sont laborieux, quelquefois même impossibles chez les malades doués d'une forte constitution et d'un tempérament san-

guin, et que les purgatifs leur réussissent beaucoup mieux.

L'émétique a été quelquefois vomi, mais rarement en totalité. Nous croyons que, dans tous les cas, il en est resté assez à l'intérieur pour provoquer l'action expultrice de l'estomac.

Quelquefois le purgatif a été vomi en entier : malgré cet inconvénient attaché à l'administration simultanée de l'émétique et du purgatif, nous n'avons rien changé à sa formule adoptée. Notre persévérance était légitimée par nos succès.

Fièvre bilieuse catarrhale. — Dans cette complication la conduite à tenir était toute différente. Dans le principe, alors que nous avions besoin des leçons de l'expérience, cette excellente conseillère, nous donnions de prime-abord l'éméto-cathartique, comme dans la fièvre bilieuse simple. Quand le catarrhe était très-bénin, cette méthode vicieuse de traitement ne faisait point de mal ; quand il était intense, le pouls fréquent et élevé, la peau chaude, la figure injectée, etc., l'éméto-cathartique augmentait infailliblement le mal. Le patient se consumait en efforts inutiles, et ne rendait qu'une petite quantité de glaires écumeuses sans la moindre trace de bile, et il en résultait constamment un surcroît de céphalalgie frontale et de douleur épigastrique. Nous avons suivi les préceptes de Stoll, Sydenham, etc., fait précéder le vomitif d'une saignée, et nous avons toujours obtenu dans l'état du malade une amélioration très-sensible et très-favorable à l'action de l'éméto-cathartique. La saignée devait être faite à large ouverture, et quant à son abondance, on devait avoir égard à l'intensité du catarrhe, au sexe, à l'âge, à la constitution du malade, à son tempérament, à l'époque de la maladie, etc. On devait tirer plus de sang au commencement de la maladie qu'à la fin. Nos saignées étaient ordinairement d'une livre chez les adultes. Le grand nombre de celles que nous avons faites a fourni matière à quelques observations. Quelques-unes de ces saignées nous ont effrayés. Après l'ouverture de la médiane basilique, le sang s'est élancé avec tant de force (à 4 pieds de distance), avec tant de bruit, il était si vermeil, si rutilant, si chaud, le jet était tellement saccadé, que nous avons cru la première fois avoir ouvert l'artère brachiale, et presque perdu le sang-froid nécessaire pour reconnaître notre erreur. Ce n'est même qu'avec peine que nous nous sommes rendus maîtres du sang. Cinq ou six faits semblables se sont présentés à nous ; les sujets étaient maigres, musculeux, avaient le système vasculaire très-développé ; leur maladie était le plus souvent une affection des organes pulmonaires dans la période d'acuité. Dans un cas, la veine fluide était manifestement composée de deux espèces de sang, d'un sang alternativement rouge et noir qui formait le jet et devenait rutilant à chaque quinte de toux, et d'un sang noir qui coulait en bavant autour du jet sur les lèvres de la plaie. La compression de l'artère brachiale arrêtait presque instantanément le jet. Dans ces cas singuliers, la formation du trumbus était prompte et facile; la syncope rare. Le sang n'était point couenneux? Le caillot était le plus souvent sec à sa surface ; dans le cas contraire, il n'y avait que deux cuillerées de sérosité. L'on ne peut expliquer ces faits que par le voisinage de l'artère qui communique ses pulsations à la veine, et par une plus grande facilité de communication entre le système capillaire artériel et le système capillaire veineux, facilité de communication qui dépend d'un surcroît d'énergie de la part des organes de la circulation, et permet au sang artériel de passer presque en nature dans les veines, en conservant encore un reste de la première impulsion qu'il a reçue.

L'effet de la saignée était tellement prompt dans cette complication, que souvent le malade sentait pour ainsi dire couler son mal avec son sang. L'allégement portait principalement sur la céphalalgie et la douleur épigastrique. Qu'on se rappelle à ce sujet notre deuxième observation de catarrhe suffocant. Si l'amélioration n'était pas toujours aussi prompte, elle n'était pas moins constante et portait sur tous les symptômes inflammatoires. Le plus souvent, il a suffi d'une seule saignée. Nous en avons quelquefois pratiqué deux et le plus souvent la seconde a exaspéré les symptômes de pléthore bilieuse ; il valait beaucoup mieux, quand on avait déjà pratiqué une saignée et qu'on avait encore besoin des antiphlogistiques pour diminuer la douleur et l'oppression résultant de l'inflammation des bronches; il valait mieux, dis-je, avoir recours aux sangsues appliquées au nombre de 15 ou 20 au creux épigastrique ou le long du sternum, et dans la période aiguë du catarrhe elles ont constamment produit du soulagement. Aussitôt que cette première période touchait à sa fin, il fallait s'abstenir des antiphlogistiques.

Ainsi donc, quand le catarrhe est intense, il faut commencer par tirer du sang. C'est, à notre avis, un précepte important dont la négligence pourrait, dans certains cas, devenir funeste au malade, comme, par exemple, quand il est prédisposé aux congestions cérébrales, et par âge, et par tempérament. La saignée a pour avantages d'apaiser les symptômes inflammatoires, de prévenir des accidens cérébraux, peut-être même d'autres complications non moins graves. Ce n'est pas tout; elle a un autre avantage non moins précieux que les précédens; elle favorise la sécrétion de la bile ou son passage dans l'estomac. Nous avons percuté cet organe avant la saignée ; il était vide, le bruit sonore. Le lendemain matin, le son était mat, l'estomac plein.

Nous voilà arrivé au point où il faut s'arrêter et abandonner la méthode antiphlogistique. Jusqu'à présent, on ne s'est occupé que des symptômes inflammatoires ; on les a réduits à l'état d'impuissance. La rougeur de la face, la céphalalgie, la toux, l'oppression, la fièvre, sont calmés ; il ne reste plus sur la brèche que l'embarras bilieux ; il faut changer de batteries. Nous savons bien que l'emploi exclusif de la méthode antiphlogistique a suffi deux ou trois fois pour obtenir parfaite guérison ; mais dans ces cas, quoique très-bénin le catarrhe dominait la fièvre bilieuse; et d'ailleurs, qu'importent deux ou trois faits exceptionnels sur deux cent cinquante? En vain dit-on que « si l'on voit bientôt disparaître tous les symptômes que nous avons indiqués à la « suite d'une évacuation plus ou moins considérable de « bile, on les voit tout aussi souvent peut-être persister et « même s'accroître après cette évacuation, ou bien céder « à quelques jours de diète et de boissons accidules ou à des « émissions sanguines, sans qu'aucune évacuation bilieuse « ait lieu. » (*Dictionnaire de méd. et de chir. pratiq.*, article *Bile.*)

Le respect qu'on a pour les hommes n'entraîne pas le même respect pour leurs opinions, surtout quand ces opi-

nions sont erronées et destinées à former celles d'autres hommes. Il y a autant d'erreurs que de mots dans ce que nous venons de citer. 1° Les symptômes bilieux ne persistent presque jamais après l'évacuation de la bile; 2° jamais je ne les ai vus s'accroître; 3° rarement ils cèdent à quelques jours de diète, et quand cette terminaison a lieu elle se fait long-temps attendre; le plus souvent, la maladie traîne en longueur et se complique de quelque autre maladie fâcheuse; 4° les émissions sanguines ne sont propres qu'à aggraver les accidens. Ce n'est point par esprit d'opposition que nous manifestons des opinions si différentes de celles d'un estimable confrère; c'est dans l'intérêt de la vérité, de cette vérité dont les traces sont si difficiles à saisir et si promptes à échapper. Souvent quand l'éméto-cathartique était bien indiqué, nous avons voulu temporiser en employant la diète et les boissons accidules pour épargner au malade les efforts toujours pénibles du vomissement. Nous avons même (et nous prions le lecteur d'ajouter foi à nos paroles), nous avons même dans plusieurs cas employé la méthode antiphlogistique à plusieurs reprises et exclusivement, voyant empirer chaque jour l'état du malade et craignant à la fin de sacrifier sa vie à des coupables condescendances thérapeutiques, nous avons donné les évacuans et sur-le-champ tous les accidens ont disparu. L'on a donc grand tort d'imprimer que « ces « médicamens (les évacuans) sont évidemment beaucoup « plus propres à augmenter les accidens qu'à les dissiper; « qu'ils ne peuvent qu'accroître la phlogose intestinale dont « ces prétendues fièvres essentielles ne sont que les effets; « qu'aussi a-t-on presque généralement en France renoncé « à leur emploi. » (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, article *Bilieux.*) Ce qu'il y a d'évident pour nous dans ce passage, c'est que, ou bien il se rapporte à quelque espèce de fièvre bilieuse que nous ne connaissons pas, ou bien il a été écrit au coin du feu, et dans ce cas on a sacrifié la vérité à des idées préconçues; ce qu'il y a d'évident pour nous, c'est que les émétiques et les purgatifs, administrés isolément ou simultanément suivant les cas, guérissent la fièvre bilieuse simple; que, dans toute complication inflammatoire, la saignée est indispensable et doit précéder leur administration; qu'on ne peut se dispenser de les employer après avoir dompté la complication inflammatoire, si l'on veut obtenir une guérison prompte et durable; ce qu'il y a d'évident pour nous, c'est que, si l'usage exclusif des antiphlogistiques a guéri deux ou trois cas de fièvre bilieuse catarrhale où les symptômes inflammatoires étaient prédominans et les symptômes bilieux à peu près nuls, la méthode mixte en a guéri au moins deux cent cinquante. Ce qu'il y a d'évident encore pour nous, c'est que, toutes les fois que nous avons voulu nous servir des antiphlogistiques alors que tout mouvement inflammatoire était éteint, ils ont constamment et promptement aggravé la position du malade; peut-être même, si nous eussions persisté dans leur emploi, eussent-ils changé la fièvre bilieuse en fièvre maligne, c'est-à-dire compliquée des accidens les plus graves. Aussi notre conviction est-elle formée, et si nous devions la formuler, prenant l'opposé du sens contenu dans le passage cité plus haut, nous dirions : « Ces médicamens sont évidemment plus propres à dissiper « les accidens qu'à les augmenter; ils ne peuvent que gué- « rir la fièvre bilieuse qui (quoi qu'on en dise), n'est jamais « l'effet d'une phlegmasie intestinale. Aussi revient-on « presque généralement en France à leur emploi. »

Nous ne serions point d'accord, il est vrai, avec une foule de médecins modernes qui ont trouvé beaucoup plus commode, et cela se conçoit, d'assujetir toutes les maladies, quelque disparates qu'elles soient, à un système uniforme de traitement, que d'harmoniser à grands frais d'étude les ressources variées de la thérapeutique avec les exigences de chaque espèce ou individualité morbide. Mais à titre de revanche, nous nous entendrions parfaitement bien avec Sydenham : « *Sanè vomitorium propinare, ibi istius* « *modi prægressa est vomendi proclivitas, adeò* « *est necessarium, ut nisi humor ille expellatur,* « *in sentinam complurium malorum sit abiturus,* « *quæ crucem figent medico toto durante medica-* « *tionis tempore, ægrumque in haud leve pericu-* « *lum conjicient.* » (Cap. IV.) Avec Baillou qui, après avoir exposé les caractères de la maladie, observe que « aussitôt, d'après l'opinion du vulgaire des médecins, on « a recours à la saignée; mais l'événement prouve qu'on « n'a rien gagné ou bien peu, tandis que s'il survient un « choléra ou la diarrhée, ou si l'on donne un purgatif, les « douleurs ne tardent pas à diminuer. »

Enfin nous serions d'accord avec Stoll, Hippocrate, Baglivi et tous les praticiens qui ont traité des fièvres bilieuses.

Évacuez quand la maladie est simple; saignez et évacuez quand la maladie est compliquée d'élémens inflammatoires : voilà toute la thérapeutique des fièvres bilieuses. Bien entendu que si le malade pour lequel on est appelé était pris d'une diarrhée bilieuse critique, il faudrait s'abstenir avec grand soin et de purgatif et de vomitif. Agir autrement en pareil cas, serait méconnaître la marche salutaire de la nature, ignorer sa force médicatrice; ce serait faire une médecine irrationnelle, perturbative, et exposer le malade à de graves accidens.

Les vomitifs causent tant de frayeur au public, qu'il ne faut y avoir recours qu'avec une extrême prudence, et en ayant soin de se précautionner contre tous les accidens qui peuvent arriver. Si le malade est un homme, a-t-il une hernie? s'il en a une, il la faut soutenir par un bandage. Si c'est une femme, a-t-elle une chute, un renversement de l'utérus? dans le cas d'affirmative, il y faut remédier. La grossesse n'est point une contre indication. Cependant, si le médecin administre un émétique pendant l'état de gestation, et que, par une de ces fatales coïncidences impossibles à prévoir, et si communes dans notre état, la malade avorte ou accouche d'un enfant mort, alors même que l'écoulement des eaux aurait précédé de plusieurs jours l'administration malencontreuse du vomitif, tout l'odieux de l'événement n'en retombera pas moins sur celui qui l'aura prescrit. On doit fuir autant que possible leur emploi chez les personnes qui ont déjà eu des attaques d'apoplexie ou qui sont menacées d'en avoir. Le cancer de l'estomac est une contre indication formelle : on sait qu'il en peut résulter une rupture. La science possède des exemples de cet accident funeste. Les plaies abdominales, thoraciques, les fractures, les anévrismes, peuvent devenir autant de contre indications. Ordinairement nous n'avons donné de vomitif qu'une seule fois : quand la maladie était an-

cienne, nous avons été obligés d'en réitérer l'usage.

La percussion stomacale nous a souvent dirigés dans l'administration des évacuans. Il y a plusieurs écueils à éviter dans la pratique de ce moyen d'exploration : souvent le colon transverse est distendu par des gaz ; cette cause d'erreur se lie ordinairement à une affection intestinale. Pour ne pas confondre la sonoréité de cet intestin avec celle de l'estomac, il faut 1° découvrir l'abdomen du malade : souvent le trajet du colon se dessine à travers sa paroi antérieure ; 2° percuter sur toute la longueur de cet intestin. Si l'on obtient partout la même sonoréité, il est presque sûr que c'est à lui seul que l'hypocondre gauche doit la sienne. Dans ce cas, pour arriver jusqu'à l'estomac, il faut placer l'index et le médius de la main gauche au-dessus de l'arc transverse du colon, parallèlement au bord inférieur des cartilages costaux, et diriger leur pulpe obliquement en haut et en arrière, sans oublier qu'il y a matité ou bruit humorique quand le malade a pris des alimens, qu'il y a également matité ou à peu près, quand l'estomac est contracté sur lui-même, avec cette différence que dans le dernier cas l'hypocondre gauche n'est plus tendu. Il faut aussi percuter sur les dernières côtes : nous avons souvent ainsi reconnu l'état de l'estomac ; on peut être, il est vrai, induit en erreur par le volume de la rate ; mais il est alors facile de la sentir en déprimant en dedans des dixième et onzième côtes.

Nous nous sommes constamment servi des nos doigts comme intermédiaires dans la pratique de la percussion. Outre qu'on les porte partout avec soin et qu'on est peu exposé à les perdre, ils sont, par leur étroitesse, leur flexibilité et la connexité de leur pulpe, d'une application beaucoup plus facile que la plaque circulaire ; ils ne dépriment qu'un point fort limité de la paroi abdominale, ne produisent point de bruit étranger à celui qu'on veut obtenir, tandis que la plaque agit sur une plus grande surface, exige une plus grande force de dépression, et menace d'altérer les résultats de la percussion par ses propres vibrations.

Il y a un second mode de percussion qui ressemble beaucoup à la *succussion hippocratique*, et qu'on ne peut exécuter qu'avec la main ou les doigts. A-t-elle été déj à signalée ? nous l'ignorons. Voici comment on y procède : il faut commencer par mettre la paroi abdominale dans l'état de relâchement en faisant fléchir les cuisses sur le ventre, et reposer la tête et le thorax sur le plan incliné que le lit représente. Quand le malade est dans cette position, on imprime une brusque secousse à l'hypocondre gauche, ou avec la main, ou avec le bout du doigt indicateur. Ce mode de percussion nous a quelquefois appris d'une manière non équivoque que l'estomac contenait des liquides et des gaz. Si l'estomac est plein, ce mode de percussion n'est plus bon à rien. Il faut recourir à l'autre. Quand par ces moyens d'investigation nous avons reconnu que l'estomac était vide, le plus souvent nous nous bornions à l'emploi du purgatif. Quand l'estomac était plein, l'hypocondre gauche tendu, comme il y avait le plus souvent constipation, nous donnions ordinairement un éméto-cathartique.

Ces recherches ne sont point longues à faire. Elles exigent plus d'adresse que de temps. Chaque jour l'exercice augmente l'une et diminue l'autre.

Complication de pleurésie. — L'on avait besoin dans cette fâcheuse complication d'une thérapeutique fort active. Ordinairement cette maladie était si aiguë que l'épanchement avait lieu dès le début, et qu'en quelques heures il remplissait une cavité pleurale. Il fallait débuter par une abondante saignée et presque immédiatement après appliquer un grand nombre de sangsues, 40, 50 ou 60 sur le côté douloureux, suivant l'exigence du cas. Si les signes de pléthore bilieuse venaient à reparaître il fallait recourir sans hésitation à la méthode évacuante. Ces pleurésies hybrides, connues depuis long-temps sous le nom de *bilieuses*, ne cèdent qu'à une sage combinaison des anti-phlogistiques et des évacuans. Nous n'avons eu qu'un cas de pleurésie diaphragmatique bien dessinée, la malade était à peu près sans fièvre ; elle sentait une douleur à la base du thorax tout le long des insertions du diaphragme, et était tourmentée par une toux sèche, convulsive, qui se renouvelait cinq ou six fois par minute et sans quintes.

Il fallait se tenir en garde contre des points douloureux qui se manifestaient à droite ou à gauche du thorax avant l'emploi des évacuans. Ils étaient sympathiques de la plénitude de l'estomac. Nous en dirons autant de quelques douleurs dans les mollets, les cuisses, les lombes. Ces dernières étaient prises quelquefois pour des douleurs rhumatismales et traitées par les bains, les sangsues, les saignées et tous les remèdes qui, loin de diminuer le mal, ne faisaient que l'augmenter. L'éméto-cathartique enlevait sur-le-champ le mal. Nous avons eu quelques otalgies sans tuméfaction, ni rougeur. Deux ou trois saignées locales ont été sans effet ; ces douleurs sympathiques ont cédé aux évacuans.

Pneumonie. — Cette complication exigeait impérieusement l'emploi des saignées. Elles seules étaient capables d'arrêter les progrès rapides de l'hépatisation. Il fallait leur associer la méthode évacuante si les symptômes de pléthore bilieuse venaient à se montrer encore. C'étaient des *pneumonies bilieuses* de même nature que les pleurésies et qui, comme elles, exigeaient une méthode thérapeutique mixte.

Entérite folliculeuse. — Le cas devenait fort embarrassant quand cette maladie venait se surajouter à la phlogose pulmonaire : il fallait avoir égard au génie différent de ces deux maladies, et tout en satisfaisant à leurs exigences thérapeutiques respectives, éviter d'aggraver l'une en guérissant l'autre. Pour y réussir on devait s'abstenir de tirer du sang aussitôt que la pneumonie était en voie de résolution, et incapable de compromettre la vie du malade. Il fallait se borner désormais à l'emploi des boissons adoucissantes, des épithèmes émolliens sur le ventre et de la diète. En général, les indications thérapeutiques étaient faciles à saisir quand on avait assisté au début de la maladie, parce que le plus souvent l'on était fixé sur sa nature. Il n'en était pas toujours de même, et plus d'une fois nous avons été embarrassés en présence de ces affections douteuses pour lesquelles nous sommes appelés dans nos campagnes : là tout est difficulté et écueils. Les antécédens du malade vous sont inconnus ; vous ne pouvez le plus souvent obtenir de ceux qui l'environnent que des détails tout-à-fait insuffisans pour éclairer votre diagnostic. Il faut tout deviner par la seule inspection des organes. Or, voici quels sont ces cas : le malade a les joues rouges, les yeux un peu animés, le pouls peu fréquent,

mais facile à déprimer, la peau chaude, sèche, la langue un peu rouge sans aridité ; il ne crache pas ou crache peu, et s'exprime fort sensément. Si vous vous bornez à cet examen superficiel, vous le trouvez peu malade et portez un pronostic rassurant. Examinez encore, vous découvrez une double pneumonie et vous vous disposez à lui faire une large et abondante saignée. Attendez, poursuivez votre examen. Il est constipé depuis plusieurs jours. Gardez-vous de lui prescrire un purgatif : demandez s'il dort bien. L'on vous dira que le malade est tranquille pendant le jour et qu'il a un délire furieux pendant la nuit. Vous en savez assez. Le malade a une pneumonie double et une entérite folliculeuse, autrement dit, une fièvre ataxique adynamique compliquée de pneumonie (1). Quel traitement faut-il faire? les avis sont partagés. Les uns emploient les toniques, les autres les stimulans ; d'autres font de la médecine expectante, d'autres tirent du sang, etc. Quand la pneumonie menace la vie du malade, nous faisons comme les derniers en donnant ordinairement la préférence aux sangsues appliquées sur le côté malade. Quand nous employons la saignée nous avons soin qu'elle ne soit pas trop abondante. Mieux vaut dans ces cas difficiles pécher par timidité que par hardiesse. La timidité est prudence et la hardiesse témérité. Quand nous avons mis la pneumonie hors d'état de nuire au malade, nous nous bornons à faire de la médecine à-peu-près expectante en tenant toujours l'œil ouvert sur la marche de la maladie. Les purgatifs en pareil cas sont homicides.

Hydropisie. — Cette complication a été fatale à l'un de nos malades. Le second qui en a été atteint a succombé à la phthisie. Les deux poumons étaient farcis de tubercules ; leur parenchyme était atteint de cette pneumonie particulière qui accompagne ordinairement la phthisie. A gauche une caverne pulmonaire s'étant ouverte dans la plèvre a produit une pleurésie suraiguë avec pneumo-thorax et déterminé la mort du malade. Dans ces deux cas d'hydropisie nous avons employé les diurétiques et les sudorifiques.

Fièvre intermittente. — Dans cette complication il faut commencer par traiter la fièvre bilieuse. Souvent vous voyez disparaître l'une et l'autre maladie par le même traitement. Si la fièvre intermittente persiste, il faut avoir recours aux anti-périodiques. Nous nous servons presque habituellement du sulfate de fer à la dose de 20 grains en solution dans de l'eau pour le traitement des fièvres intermittentes. Il est aussi efficace que le sulfate de quinine. Il nous a même réussi dans beaucoup de cas où celui-ci avait échoué. Nous croyons que cet agent possède des avantages qu'on n'a pas encore assez appréciés.

Nous avons employé pour boisson une tisane composée d'orge, chiendent, réglisse. Pendant quelque temps nous l'avons remplacée par une infusion d'*arnica montana*. Les malades s'en trouvaient bien.

Ils commençaient à manger ordinairement le soir même du jour où ils avaient été purgés et émétisés, et jamais aucun d'eux ne s'est plaint de coliques, de maux d'estomac, d'aucune incommodité enfin qui pût nous faire soupçonner la moindre altération dans la texture, ou le moindre désordre dans les fonctions de l'estomac. Nous augmentions la quantité de nourriture suivant le sexe, les besoins de l'individu ; etc.

Les habitans des campagnes veulent être nourris dans une foule de cas où la diète est de rigueur pour les habitans des villes.

En résumé, quand la maladie est simple, donnez l'éméto-cathartique : ne le donnez pas sur-le-champ : administré trop tôt, il est peu efficace ; attendez que la bile ait passé dans l'estomac ; consultez la percussion. Le moment opportun est-il venu? point de retard : agissez si vous ne voulez pas que la maladie *se règle :* le moindre agent produira le vomissement. Vous n'avez pas besoin de spécifique. Tout ce qui causera du dégoût en remplira le rôle, et puisque les fameuses pilules *micapanis* purgent, je ne vois pas pourquoi elles ne feraient pas vomir. S'il y a quelque complication de phlegmasie, commencez par désemplir le système sanguin, c'est la meilleure manière de préparer le malade à l'action de l'éméto-cathartique. Aux malades doués d'un tempérament sanguin et dont l'estomac ne contient pas de bile et qui ont des nausées, donnez des purgatifs. Soyez prompt à changer de méthode aussitôt que la maladie changera de genre. Quittez la saignée pour les évacuans, et les évacuans pour la saignée, suivant l'exigence des cas. Surveillez attentivement l'état des poumons ; observez le décubitus du malade ; redoutez la suppression des crachats, la rougeur des pommettes, la diarrhée tardive, le ballonnement du ventre, le délire nocturne, etc. *Défiez-vous du malade qui vous demande à vomir.* Chez quelques malades évitez de nommer la fièvre bilieuse : elle n'a plus cours ; c'est maintenant la *gastrique* qui circule dans le public. Tout le monde se plaint de l'estomac, tout le monde a des maux d'estomac, des inflammations d'estomac ; c'est la maladie à la mode. La fièvre bilieuse a eu son temps ; elle est maintenant reléguée avec la rhubarbe et le séné, parmi les vieilles hardes de l'ancien régime médical. Quel est aujourd'hui le malade de bonne compagnie, quelle est la petite maîtresse qui consentirait à avoir une fièvre bilieuse, *une maladie d'humeurs ?* Fi donc ! mieux vaut cent fois avoir une gastrite ou une gastro-entérite. 1° Cette maladie est à la mode, et c'est beaucoup en France, que d'être même un malade à la mode ; ne l'est pas qui veut ; 2° elle est plus dangereuse, et vous le savez, il y a je ne sais quel mérite à avoir échappé à une affection grave : on en parle comme d'une campagne mémorable ; 3° il y a bénéfice pour le malade, parce que tout préoccupé qu'il est du danger qu'il court, il ne songe qu'à suivre ponctuellement les ordres du médecin.

Quel que soit le malade livré à vos soins, ne lui parlez jamais de le faire vomir. L'un vous dira *qu'il a l'estomac trop faible*, l'autre vous affirmera *qu'il l'a bouché, et qu'il ne peut pas vomir ;* un troisième vous observera *que tel médecin lui a défendu les vomitifs*, etc. Vous trouverez mille obstacles en travers de vos volontés. Ce sera bien pis si vous parlez d'émétique : administrez-le secrète-

---

(1) La synonymie de M. Voisin ne nous paraît pas plus exacte que celle qui confondait la fièvre bilieuse avec la gastro-entérite. L'expérience montrera que la véritable fièvre ataxique existait aussi légitimement que les fièvres bilieuses. (*Note du Rédacteur.*)

ment; que personne ne s'en doute, si vous ne voulez pas vous exposer à être chassé, peut-être même poursuivi comme empoisonneur dans le cas où la maladie tournerait mal par sa propre faute ou celle du malade. Donnez du tartre stibié, donnez surtout du tartre antimonié de potasse : ce nom nous a semblé produire un bon effet sur l'esprit des malades, par sa longueur, son étrangeté et celle du remède qu'il annonce. Combien de remèdes ne doivent leur vertu, combien d'hommes leur considération, qu'à la bizarrerie et à la puissance de l'étiquette ! si *par hasard* le remède provoque des vomissemens alors même que le malade serait guéri, excusez-vous et faites votre possible pour détruire toute espèce de soupçon sur la nature présumée du remède; dites que ces vomissemens ne sont qu'accidentels, et que vous avez donné un purgatif, un *anti-fiévreux*. Si vous persuadez le malade, vous conserverez sa confiance; dans le cas contraire, le plus souvent vous la perdez; ou s'il lui prend encore fantaisie de vous appeler, serait-ce même pour la maladie dont vous l'avez déjà guéri, il ne voudra plus *de vos drogues*; ou s'il consent à en prendre de nouveau, gardez-vous de les administrer sous la même forme : appelez à votre secours l'art de formuler. Vous aviez donné la première fois de l'émétique en potion, donnez maintenant du tartre antimonié de potasse en pilules. Tout malade est ingrat... envers les remèdes bien entendus; et rien n'est d'ailleurs aussi ennuyeux que d'être toujours guéri de la même manière. Il faut tromper le malade pour lui faire du bien; souvent même il faut le guérir malgré lui. Tout ira bien si vous n'êtes pas découvert. Mais malheur à vous si vous l'êtes ! Si quelque accident arrive *post hoc; ergo propter hoc*, vous seul en serez cause; vous serez même fort heureux si l'on ne vous accuse pas d'une maladie qui sera venue dix ans après l'administration de votre malheureux émétique.

Voilà le fruit de la petite guerre qu'on lui a faite ! Ce remède, admirable dans beaucoup de cas, est tombé dans un si grand discrédit qu'on ne peut et qu'on ne doit l'administrer qu'à la dérobée, et pour peu que cela continue, nous ne serions point étonnés qu'un nouvel arrêt, semblable à celui que rendit autrefois le parlement de Paris, ne vînt en interdire l'usage. Pourquoi l'a-t-on tant décrié ? Est-ce parce qu'il a fait quelquefois du mal ? Si c'est là la cause qui le fait proscrire chaque jour, quel est l'agent thérapeutique, quelle est même l'institution humaine capable de résister à une pareille enquête ? Le remède est-il responsable des mauvaises applications qu'on en fait ? Avec de telles conclusions on devrait proscrire l'usage du pain, car il donne des indigestions; l'emploi des bistouris, car ils peuvent armer la main d'un assassin, etc. Nous n'avons signalé qu'une cause à cette petite guerre; l'esprit de parti n'y est pas étranger. Qu'on porte de l'esprit de parti dans des discussions politiques, cela se conçoit; mais en thérapeutique ! *Non erat hic locus.* Qu'importent nos systèmes à celui qui souffre ? Il veut du soulagement à tout prix et se soucie fort peu que vous soyez solidiste ou humoriste, vitaliste, physiologiste, etc., et que vous lui en donniez par la rhubarbe ou la saignée. La vérité n'admet rien d'exclusif, et prétendre guérir toutes les maladies avec les seuls antiphlogistiques ou avec un dix-millionième de grain de quelque poudre inerte est, à notre avis, aussi absurde que le serait la prétention d'arriver au même résultat avec l'émétique ou autre chose. La recherche d'une panacée doit aller de pair avec celle de la pierre philosophale et de la quadrature du cercle. La saignée guérit dans un cas de pneumonie franchement inflammatoire; dans un cas de pneumonie adynamique, elle tue. Non-seulement le génie des maladies diffère suivant leurs espèces, mais encore il diffère, dans une seule et même maladie, suivant les climats où on l'observe; en sorte que le remède qui la guérit dans un lieu ne la guérit pas dans un autre. En France, la saignée produit en général un bon effet dans la pleurésie légitime; à Rome et à Athènes, elle était peu efficace. Les émétiques réussissaient à Stoll et à Sydenham dans les fièvres bilieuses; ils échouaient entre les mains de Baglivi. Le temps, notre censeur à tous, rit de nos systèmes et renverse en courant sous les pieds de l'observation ces vains châteaux de cartes, ces brillans échafaudages du génie. Que nous reste-t-il des médecins humoristes, solidistes, mécaniciens, etc. ? Rien, sinon les belles observations que quelques-uns d'entre eux nous ont laissées. Toutes leurs théories sont mortes avec eux, ou si l'on s'en souvient encore, c'est pour les montrer dans un dictionnaire comme objets de curiosité, à peu près comme un antiquaire montre dans son cabinet les oripeaux plus ou moins grotesques qu'on portait à telle ou telle époque. Les faits bien observés seuls restent, et c'est avec eux seuls qu'on peut conduire notre science à ce degré de perfection qui lui manque encore, et dont chaque pas depuis quelque temps semblerait vouloir l'éloigner. Héritiers ingrats, dans nos accès de vanité dédaigneuse, nous semblons vouloir répudier le patrimoine de nos pères, ce patrimoine scientifique qu'ils ont pris tant de peine à ramasser et tant de soin à nous transmettre, et nous ne songeons pas que chaque jour nous demandons à ces mêmes hommes, et l'appui de leur nom, et l'assistance de leurs observations, pour soutenir ces théories prétendues nouvelles que nous rêvons sous le manteau de la cheminée et dont l'idée-mère a été prise le plus souvent dans leurs œuvres ! et cependant quel est l'homme qui a suffi à une science ? F. VOISIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE,

Von HUFELAND und OSANN.

Cas de paralysie dépendant d'une rachialgie et d'une inflammation chronique de la substance ou des enveloppes de la moelle épinière, guérie par les frictions mercurielles.

OBS. I. — Charles M..., âgé de 16 ans, d'une constitution lymphatico-veineuses, à fibres lâches, bien développé pour son âge, n'avait jamais eu de maladies dans sa première jeunesse, si ce n'est une fièvre intermittente. Au

mois de février 1832, il tomba d'un grenier de neuf pieds de hauteur sur un râtelier, le côté gauche de la poitrine sur l'une des perches, la cuisse gauche sur l'autre perche du râtelier; la nuque par le mouvement imprimé de la tête éprouva un fort tiraillement, les suites immédiates de cet accident se bornèrent à une douleur passagère dans le flanc et une tache bleue sur la partie intéressée qui se dissipa bientôt; mais quelque temps après cet individu éprouva une douleur à la nuque qui le gênait dans les mouvemens de la tête, mais qui n'augmentait pas lorsqu'on exerçait une pression sur cette partie. Cette douleur devint peu à peu plus forte, et, cinq à sept jours après l'accident, le malade fut obligé de garder le lit; on ordonna des lotions alcooliques qui furent continuées pendant quinze jours, mais sans succès; une application de sangsues produisit un meilleur effet; les douleurs diminuèrent et disparurent entièrement, de sorte qu'au bout de quinze jours le malade put vaquer à ses occupations, sa santé parut rétablie. Au mois d'août il fut pris de gêne et d'une sensation de fourmillement dans le bras gauche, peu à peu les mouvemens de ce bras furent impossibles, quinze jours après la paralysie s'étendit à l'extrémité inférieure. Au bout de quelques semaines le mouvement était entièrement aboli à ces deux extrémités et le malade ne put plus marcher qu'avec le secours d'autres personnes; sa main gauche ne pouvait plus saisir le moindre objet; les autres fonctions n'étaient pas altérées.

Le 6 octobre 1832 il entra à la clinique : on ne découvrit d'autres symptômes que la paralysie du bras et de la cuisse gauche; c'étaient principalement les muscles fléchisseurs de la main qui étaient paralysés de sorte que l'action des extenseurs l'emportait; la main et les doigts étaient tout-à-fait rétractés en arrière; le malade ne pouvait marcher qu'à l'aide d'une canne et traînait le pied gauche; il ressentait en outre un fourmillement dans ces parties, et même les extrémités du côté sain étaient depuis quelques jours devenues le siége d'une pareille sensation; du reste la nutrition se faisait bien, même dans les parties malades. On admit que cette hémiplégie avait pour cause une inflammation chronique qui avait son siége dans la partie supérieure de la moelle épinière et peut-être principalement dans les membranes, inflammation qui avait probablement été suivie d'une exsudation, et c'est d'après cette indication que l'on ordonna le traitement suivant, quoiqu'on ne s'en promit pas un grand succès : on plaça, depuis la nuque jusqu'au dos, des grands sétons dont on entretenait la suppuration par des onguens irritans pour établir ainsi une forte dérivation. En même temps on lui fit faire chaque soir des frictions d'onguent mercuriel à la dose de deux gros à la partie interne des membres et le long de la colonne vertébrale; en ayant soin de faire prendre d'abord, pendant plusieurs jours, des bains chauds au malade et en prescrivant une diète sévère. Après huit frictions les glandes salivaires furent légèrement affectées, mais en même temps on s'aperçut d'une diminution notable de la paralysie, tant au bras qu'à la jambe; on continua le traitement mais sans obtenir une nouvelle amélioration. Après la quatorzième friction, il survint une diarrhée qui affaiblit beaucoup les forces du malade; ce ne fut qu'au bout de quelques jours qu'on put l'arrêter. La paralysie augmenta de nouveau. On avait suspendu les frictions, et les sétons ayant beaucoup fatigué le malade, on fut obligé de les laisser guérir; les forces très-affaiblies avaient besoin d'être relevées. On donna pendant plusieurs semaines une décoction de quinquina qui produisit une amélioration sensible.

La noix vomique fut employée plus tard sans succès. Plusieurs semaines se passèrent pendant lesquelles on put s'apercevoir qu'il se faisait une amélioration lente mais sensible dans l'état du malade, que l'on considère comme une suite éloignée du traitement par des frictions. Cette amélioration fut hâtée par les sétons qu'on plaça de nouveau à la nuque et le long du dos. Bientôt la paralysie de la main cessa, il resta encore une légère faiblesse dans la jambe, mais le malade pouvait marcher des jours entiers et même monter des escaliers; enfin il quitta l'hôpital au commencement de mars 1833.

Obs. II. — Ch. K***, âgé de 34 ans, journalier, de constitution robuste et en pleine santé, était tombé en arrière sous le poids d'un fardeau qu'il avait tenté de soulever en automne 1832. Immédiatement après, il sentit une forte douleur dans la colonne lombaire qui l'empêcha de continuer son chemin. Après quelques momens de repos, il put cependant marcher; mais la douleur persista et devint plus forte. Au bout de huit jours, la douleur diminua peu à peu sans aucun médicament, et le malade put reprendre ses occupations, quoiqu'il fût encore incommodé par une certaine raideur et une pesanteur dans les extrémités inférieures. Plusieurs semaines se passèrent ainsi sans aucun accident, si ce n'est quelques douleurs sourdes qui se renouvelaient de temps en temps dans le dos. Au mois de novembre, le malade travaillant dans les champs fut mouillé, et bientôt après il ressentit un frisson suivi d'une légère chaleur. Ces symptômes et l'état de malaise qui les accompagnait disparurent bientôt; mais il resta un tiraillement douloureux dans la colonne vertébrale qui s'était déclaré après le frisson, et qui alternait avec de fortes douleurs dans l'hypocondre gauche. Dès le troisième jour, le malade éprouva un engourdissement et une diminution des mouvemens des extrémités inférieures qui augmenta bientôt à un tel point qu'il ne pouvait se traîner qu'à l'aide d'une canne et soutenu par d'autres personnes. Au milieu du mois de décembre, le malade fut reçu à la clinique. En l'examinant, on trouva que la paralysie des extrémités inférieures n'était pas complète; la douleur lancinante sourde continuait à se faire sentir dans la région des vertèbres lombaires supérieures, et augmentait par les mouvemens latéraux de la colonne vertébrale; la douleur de l'hypocondre gauche n'existait que faiblement et surtout par intervalles; les extrémités inférieures n'étaient pas amaigries.

La cause de cette paralysie était évidemment une inflammation qui avait son siége dans le canal vertébral, et qui avait produit une altération organique ou une exsudation. La persistance de la douleur sourde et toute la marche de la maladie firent présumer que cette inflammation avait passé à l'état chronique. On ne put rien déterminer de certain concernant le siége spécial du mal. Cependant l'auteur, en considérant la douleur qui se manifestait à plusieurs reprises dans l'hypocondre droit, fut porté à croire que la moelle épinière elle-même était atteinte; en effet, il a eu occasion d'observer si souvent cette douleur dans l'hypocondre droit ou gauche, dans la rachialgie et dans les inflammations chro-

niques de la moelle épinière, qu'il croit devoir l'admettre comme un signe diagnostique très-important dans ces deux affections. Il y a même des cas dans lesquels cette douleur acquiert une force particulière et revient périodiquement, et elle peut facilement induire en erreur le médecin sur la nature et le siége du mal.

En raison du diagnostic, on adopta le traitement suivant. Application de 15 sangsues, qu'on répéta quelques jours après; de plus, on plaça sur la partie que l'on soupçonna être le siége de la maladie un grand séton de chaque côté, que l'on fit entretenir en forte suppuration. En même temps, après avoir mis le malade à une diète sévère et fait prendre des bains, on ordonna tous les soirs des frictions avec 2 gros d'onguent gris sur la partie interne des membres et le long de la colonne vertébrale. Ces frictions produisirent une salivation modérée le douzième jour. L'état du malade s'améliora sensiblement. Les frictions furent réduites à 1 gros tous les jours et furent bientôt suspendues; on entretenait seulement la suppuration des sétons. L'amélioration marcha si rapidement que le malade put se servir de ses jambes sans avoir recours à la canne. Quelque temps après, il sortit de l'hôpital entièrement guéri; on eut cependant soin de lui recommander l'entretien du vésicatoire pendant quelque temps.

Obs. III. — Un traitement semblable fut suivi de succès chez F. G***, qui portait une courbure peu marquée de la colonne vertébrale, et chez lequel une irritation inflammatoire chronique s'était développée dans le canal à l'endroit de la courbure, irritation qui avait eu pour suite une paraplégie incomplète. L'application de deux forts sétons et l'emploi de frictions mercurielles continué jusqu'à la salivation, suffirent pour la guérison, qui eut lieu au bout de six semaines. On put observer également sur ce malade cette douleur dans l'hypocondre gauche, qui se renouvela plusieurs fois à un faible degré.

Obs. IV. — Un dernier cas est celui d'une jeune dame qui après un refroidissement, et sous l'influence d'affections morales tristes, avait été affectée d'une rachialgie très-forte avec tendance à l'inflammation : un des symptômes essentiels et des plus incommodes était de nouveau cette douleur dans l'hypocondre gauche, et ce ne fut qu'après que les signes d'une hémiplégie du même côté se furent manifestés et que la malade eut accusé une douleur qui avait son siége au milieu de la colonne vertébrale, que l'on fut rendu attentif à une affection du canal rachidien. Ce mal, accompagné d'accidens nerveux fréquens, d'insomnies et d'une fièvre lente, de dérangemens dans les fonctions digestives avec des nausées très-pénibles, durait depuis assez long-temps. Néanmoins on parvint, au moyen d'un séton et des frictions avec l'onguent gris, qui furent continuées jusqu'à une légère salivation, à faire disparaître peu à peu l'affection locale, de même que l'hémiplégie. Plus tard, un traitement fortifiant, l'influence des affections gaies de l'ame contribuèrent puissamment à l'entier rétablissement de sa santé.

Ces cas pourront suffire pour prouver quel est le succès d'un traitement mercuriel actif secondé par des dérivatifs énergiques dans les cas d'exsudation et d'un état inflammatoire chronique du canal vertébral. L'auteur préfère les frictions à l'usage intérieur du calomel, puisque ce dernier remède agit ordinairement désavantageusement sur les organes digestifs, et provoque d'une manière moins certaine l'irritation nécessaire dans le système lymphatique. Ces cas peuvent encore servir à rendre attentif sur un symptôme secondaire dans les affections de la moelle de l'épine, dont Jos. Frank, parmi les médecins allemands, est le seul qui en ait fait mention; symptôme qui trompe souvent le médecin sur le véritable siége du mal.

II. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE.

De l'emploi de l'extrait de belladone dans les cas de hernies étranglées, par le docteur FRANKEL.

C'est dans l'été de 1829 que s'offrit à moi le premier des six cas de hernies étranglées que j'ai traités avec succès par l'extrait de belladone.

Obs. I. — Une paysane, d'une forte constitution, âgée de 42 ans, fut atteinte dans l'hypocondre droit par le timon d'une charrette poussée avec une grande vitesse, et renversée par terre; on la transporta à l'hôpital. Le visage était pâle, les extrémités froides, le pouls petit, convulsivement contracté. Il y avait des nausées et des vomissemens de matières amères, mêlées de mucosités; douleurs vives à la région du foie. A l'aine droite se trouvait une hernie étranglée, survenue immédiatement après le coup; la malade assura ne s'en être jamais aperçue auparavant. J'ordonnai une saignée, des sangsues, des applications sur la partie malade : plus à l'extérieur une solution de carbonate de potasse, et je fis administrer de temps à autre des lavemens laxatifs. La douleur de l'hypocondre droit cessa peu à peu mais la hernie offrit à la réduction une résistance insurmontable. Enfin l'hypogastre étant très-gonflé; les vomissemens devenant stercoraux, la constipation persistant et la malade étant très-agitée, je proposai l'opération, qui fut opiniâtrement rejetée. Alors je lui fis prendre par intervalles quelques gouttes d'eau de laurier-cerise; on continua les applications froides et humides; et en même temps je la fis frotter toutes les heures sur la tumeur herniaire et sur l'hypogastre avec une pommade composée *d'un gros* d'onguent d'athéa et de *deux onces* d'extrait de belladone. Le résultat de ce traitement fut extrêmement favorable; l'intensité des accidens diminua bientôt; la tumeur herniaire devint plus molle et plus petite; les vomissemens cessèrent et des selles d'une odeur très-fétide eurent lieu. La hernie rentra et la femme fut bientôt guérie.

Ce cas fut d'autant plus important pour moi, que je doutais moins de la nécessité de l'opération. On pourrait à la vérité objecter qu'en pareille circonstance on se fait très-souvent illusion, et que la hernie aurait peut-être fini par rentrer d'elle-même sans l'extrait de belladone. Mais j'eus quelques mois plus tard l'occasion d'observer un autre cas de hernie étranglée qui déjà avait résisté pendant huit jours au traitement d'un autre médecin. Déjà même un chirurgien avait été appelé en consultation, et l'opération résolue. La constipation résistait à tous les moyens; il y avait des vomissemens de matières fécales, en un mot, les symptômes

étaient fort graves, lorsque la malade, redoutant l'opération se confia à mes soins.

Obs. II. — C'était une forte femme, mère de six enfans, qui précédemment n'avait jamais porté de bandage, attendu que la hernie ne se montrait ordinairement que pendant les grossesses. Elle allaitait alors un enfant de six mois, qu'il fallait souvent ôter de son berceau pour l'apaiser. Elle avait déjà eu de la diarrhée pendant huit jours, lorsque dans la nuit, après un mouvement brusque pour sortir de son lit, la hernie reparut et fut promptement étranglée. L'opération était, comme je l'ai dit, regardée comme indispensable; et je l'aurais conseillée également si le premier cas ne m'eût enhardi à essayer de nouveau la vertu médicatrice de la belladone. La hernie fut en effet réduite sans opération. La femme eut encore deux couches régulières. La hernie ne reparut comme auparavant que dans les derniers mois des grossesses, sans causer d'accidens particuliers; et depuis la dernière délivrance elle est restée dans la cavité abdominale.

Le fait suivant ne fut pas moins important pour moi, en raison de sa complication.

Obs. III. — Il s'agit d'une femme, âgée d'environ cinquante ans, chez laquelle le flux menstruel avait disparu. La hernie existait depuis long-temps; c'était une hernie crurale du côté droit. Il y avait dans son voisinage des glandes inguinales indurées et pour cette raison la malade n'avait pendant long-temps porté aucun bandage. L'étranglement se déclara pendant un travail corporel et exigeant des efforts. La tumeur herniaire était très-volumineuse. Après que l'on eut employé un assez grand nombre de sangsues et qu'on eut fait des frictions souvent répétées avec la pommade en question, le vomissement cessa le cinquième jour, et des selles eurent lieu. La hernie fut réduite, mais quelques glandes inguinales passèrent à la suppuration et formèrent un grand abcès qui s'ouvrit et donna un pus très-fétide. Enfin sous l'influence de la continuation des applications chaudes de la décoction de son la malade parvint à une guérison complète.

Il est une circonstance qui n'est pas sans importance, c'est que tous les étranglemens que j'ai vus céder à l'emploi de l'extrait de belladone, et dont les deux n'ont rien offert de particulier, appartenaient tous aux hernies crurales, et s'offrirent chez des femmes. On sait que ces hernies ont une plus grande tendance à l'étranglement, et nécessitent plus souvent l'opération que les hernies inguinales, auxquelles le sexe masculin est plus exposé.

Une autre forme de hernie qui exige aussi promptement l'opération dans l'état d'étranglement, c'est la hernie ombilicale. Je n'ai jusqu'à présent observé qu'un cas d'étranglement de cette hernie.

Obs. IV — C'était sur une femme âgée, affaiblie et amaigrie, qui souffrait d'un exomphale très-considérable, suite de grossesses répétées. Cette hernie s'étrangla un matin après un écart de régime et un violent vomissement, et forma une tumeur extrêmement volumineuse, résistante et très-douloureuse. J'employai également des sangsues, des applications chaudes et humides, et l'extrait de belladone de la manière indiquée, et j'eus bientôt la satisfaction de voir cette femme débile délivrée du danger qui menaçait sa vie. Elle vécut encore plusieurs années après.

Observation d'abcès du muscle psoas, par le docteur CHRIST PFENFER.

On lira, avec intérêt les deux faits suivans qui ont rapport à une affection fréquemment confondue avec la carie des vertèbres, et qui tendent à jeter plus de jour sur le diagnostic et sur le traitement des abcès du psoas.

Obs. I. — Margaretha H***, âgée de 26 ans, enceinte pour la première fois, et parvenue vers la fin de la gestation, glissa en marchant, le 5 avril 1829, et tomba sur la partie postérieure de la crête de l'os iliaque gauche. De là des douleurs violentes revenant par intervalles dans la région lombaire, et augmentant surtout par la flexion ou l'extension du rachis; elles finirent par disparaître. L'accouchement se fit à trois mois et trois semaines, au dire de la femme; l'enfant, maigre et chétif, était entièrement couvert d'une éruption humide; il mourut dans sa quinzième semaine.

Les suites de couche furent assez bonnes; mais après la cessation des lochies la femme fut prise de crampes d'estomac; un peu après revinrent les douleurs des lombes, et voici l'état dans lequel la malade se présenta, à l'hôpital, le 14 août 1829.

Elle offrait les symptômes du marasme déjà avancé, la peau était pâle dans toute son étendue; l'abdomen météorisé, un peu douloureux à la pression sur la région du cœcum et de l'iléum; les selles étaient fréquentes, fétides, mêlées de pus et de sang; la soif était augmentée; l'appétit diminué; l'urine quelquefois normale, quelquefois trouble, présentant un sédiment tantôt purulent, tantôt muqueux. Le pouls battait 115 à 120 fois par minute; il était petit, mou, facilement dépressible. La fièvre paraissait avoir le caractère d'une fièvre lente. La respiration était cependant tout-à-fait libre, les facultés intellectuelles intactes.

Elle accusait à la partie postérieure de la crête iliaque, ainsi qu'à toute la région lombaire du côté gauche, une douleur vive, pulsative, qui s'étendait jusqu'à l'articulation du genou. Tous les mouvemens de la cuisse, ceux des extenseurs aussi bien que ceux des fléchisseurs, étaient extrêmement douloureux; il était impossible à la malade de se tenir sur le côté affecté; elle ne pouvait se tourner dans son lit et se placer sur le vase de nuit qu'étant soutenue avec précaution. « On ne put, par l'examen le plus attentif, dé-
» couvrir extérieurement le moindre gonflement, la moin-
» dre fluctuation, le moindre raccourcissement de la cuisse,
» enfin la moindre difformité. » Aux parties génitales s'offraient les cicatrices de condylômes et de chancre guéris; mais on n'y remarquait aucune sécrétion anormale.

A tous ces symptômes menaçans vint encore se joindre une salivation légère, mais incommode, qui était sans doute la suite de frictions mercurielles faites antérieurement pour les symptômes syhpilitiques.

D'après les causes, les développemens et la marche de cette maladie, et aussi d'après les symptômes présens alors, on devait diagnostiquer sinon avec certitude, au moins avec une très-grande probabilité, une affection du psoas, et le pronostic devait être fort incertain : la question était de savoir s'il s'était formé un abcès et s'il devait s'ouvrir un chemin à l'extérieur. Seulement, la circonstance de l'intégrité

des fonctions pulmonaires, de l'absence de l'oppression, de la toux, de l'expectoration, de la conservation de l'intelligence, jetaient quelque lumière sur cette maladie obscure.

Cependant, comme la formation de l'abcès que l'on devait craindre ne se prononçait pas à l'extérieur, l'indication était de rémédier aux symptômes les plus menaçans. La malade prit donc une décoction concentrée de quinquina avec de l'alun pour boissons, un lait d'amandes, et fit usage contre la salivation d'une décoction de guimauve avec du chlorure de chaux liquide en gargarisme. Je prescrivis en outre l'application de cataplasmes de plantes narcotiques sur l'abdomen et sur la région lombaire. Au bout de huit jours, l'insomnie causée par les douleurs lombaires et la fièvre obligèrent à remplacer l'alun par la teinture d'opium.

La salivation céda le septième jour; mais le traitement n'avait apporté aucun changement notable au reste de la maladie, lorsque, le 31 août, elle se plaignit d'avoir passé une nuit très-agitée, bien que sans douleur, par des alternatives de froid et de chaud, ainsi que par une soif ardente; elle témoignait cependant une grande joie de pouvoir se tenir déjà pendant une heure sur le côté souffrant. « A l'exa-
» men de l'abdomen, je vis une tumeur de la grosseur et
» de la forme d'un œuf de pigeon sur le ligament de Poupart.
» De l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles s'éten-
» dait jusqu'à l'épine postérieure une seconde tumeur, qui
» avait la grandeur et la largeur de la paume de la main. Ces
» deux tumeurs offraient une fluctuation évidente, et lors-
» qu'on comprimait l'inférieure, la supérieure se remplis-
» sait, et *vice versâ*. En pétrissant la tumeur supérieure
» avec la main, on entendait d'une manière sensible un
» craquement, comme si quelques bulles d'air se trouvaient
» mêlées avec le liquide qui y était contenu. »

Aussitôt on plaça la malade dans une position élevée, et on ouvrit la tumeur avec un trocart au-dessus du ligament de Poupart. Il s'écoula par la canule une quantité considérable de pus; la malade disait avoir à peine senti l'instrument pénétrer. La nuit suivante, elle eut trois heures d'un sommeil paisible.

A son réveil, elle accusa une grande compression à la région lombaire gauche et sacrée, et se plaignit qu'il fût sorti si peu de pus. Cependant, le pouls était peu fréquent, la soif peu vive; les forces étaient relevées; il n'y avait pas eu de selles depuis vingt-quatre heures. Après l'avoir fait placer sur le côté droit, on fit avec un bistouri-lancette, au bord supérieur de l'os des îles, à partir de l'épine antérieure et supérieure, une incision de deux pouces et demi de long dirigée en arrière. Il sortit aussitôt un jet, ayant presqu'un pouce d'épaisseur, d'un pus fétide mêlé de beaucoup de bulles de gaz. L'incision fut prolongée en arrière, si bien qu'elle avait trois bons pouces de long de l'épine antérieure et supérieure vers la colonne vertébrale. Il s'en écoula encore une plus grande quantité de pus, dont le poids pouvait environ s'élever à deux livres (24 onces; poids médicinal). La crête de l'os iliaque était à nu; à peine pouvait-on atteindre avec le doigt indicateur la paroi opposée du foyer de l'abcès. Une sonde, longue d'un pied environ, que l'on introduisit avec facilité, alla soulever avec son bec le ligament de Poupart, pendant que l'autre extrémité était visible en haut; en la retirant on vit que l'argent était légèrement noirci; le côté interne de la crête iliaque était rude au toucher et carié. Comme l'on ne pouvait pas bien ouvrir dans toute sa longueur cet abcès énorme, qui s'étendait jusqu'à l'anneau crural, on fit sur le ligament de Poupart une contre-ouverture, par laquelle on passa un séton.

La malade se sentit tellement soulagée par l'opération, qu'elle disait qu'on lui avait retiré du corps un poids de cent livres, et qu'elle se sentait revivre. Mais outre la carie de l'os iliaque et la faiblesse de traction, suffisamment manifestée par l'absence de douleur durant l'opération, il survint le lendemain des selles liquides, qui toutefois ne contenaient plus de sang; la fièvre redoublant la nuit amena une insomnie permanente, l'appétit se perdit, et l'épuisement fit de tels progrès que le pronostic redevint encore aussi douteux que dans les premiers jours de son admission à l'hôpital.

L'indication était de soutenir les forces; on donna donc, outre la décoction de quinquina avec addition d'alun, une infusion d'écorce de cascarille avec de l'opium. On prescrivit un régime fortifiant légèrement nutritif, et au bout de deux jours on lui donna tous les jours un quart de Chambertin. La plaie fut pansée légèrement et à sec. Dans les premiers cinq jours, il s'écoula une telle quantité de pus que l'appareil dut être renouvelé deux fois par jour.

A partir du huitième jour seulement la suppuration devint moins abondante et de meilleure nature; les bords de la plaie devinrent plus fermes et prirent une couleur plus vive.

Le quatorzième jour après l'opération, on retira la mèche, ce qui fit éprouver de grandes douleurs à la malade.

Le 16e jour, on ne pouvait faire pénétrer le doigt au-delà de cinq quarts de pouce dans la plaie; la suppuration diminuait et s'améliorait de plus en plus; la fièvre persistait mais à un faible degré; les selles se réglèrent et devinrent plus consistantes; le sommeil et l'appétit revinrent, et la malade prit un aspect plus animé et plus satisfait.

Le 10 octobre. On trouva le foyer de l'abcès complétement fermé; seulement aux bords de la plaie se montraient quelques légères excroissances, qu'il suffit de toucher avec la pierre infernale pour les faire disparaître et opérer la complète cicatrisation. La cuisse resta cependant légèrement contractée; la malade boitait un peu huit jours avant sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 21 octobre; la menstruation se rétablit complétement dans l'état normal.

Bien que, dans le cas indiqué, il ne fût pas possible de confondre, comme il est si facile de le faire, la psoïte et l'abcès du psoas avec la goutte sciatique, l'inflammation de la moelle épinière et des reins, la coxalgie, etc., cependant on pouvait douter si cette maladie n'était pas plutôt une *péritonite musculaire* avec sa suite ordinaire, la suppuration, attendu surtout que cette dernière affection survient ordinairement chez les accouchées.

Mais outre que la péritonite musculaire ne s'observe ordinairement qu'à la suite d'une épidémie éteinte de fièvre puerpérale, et que la psoïte n'est due le plus souvent qu'à des causes mécaniques telles qu'un coup, une chute, l'élévation de lourds fardeaux, etc., il manquait dans le développement et dans la marche de cette maladie plusieurs signes caractéristiques de la péritonite musculaire. Nous n'avions ni ces douleurs vives de l'abdomen qui ont un cachet particulier dans la première période, et qui, comme celles

qui suivent l'accouchement, ont coutume d'irradier de l'utérus et des ovaires, ni cette tumeur qui se manifeste au bout de trois à quatre semaines, dure, circonscrite, immobile, occupant la place de l'un ou de l'autre ovaire, et simulant une induration dans les ovaires ou dans l'utérus; tumeur qui atteint la grosseur d'une tête d'enfant. augmente peu à peu en grosseur, et s'étend en travers, en forme de boudin, vers la crête iliaque, ce qui peut faire penser que la tumeur originelle a disparu et a été remplacée par une autre. Il manquait encore les phénomènes ictériques, s'accroissant et diminuant périodiquement, qui accompagnent constamment la péritonite musculaire. Enfin la péritonite musculaire se termine par un abcès, mais rarement ou jamais elle ne produit la carie.

D'ailleurs ce cas prouve qu'une précaution trop craintive dans l'ouverture d'un abcès du psoas, n'est pas toujours convenable, et que la pénétration de l'air à travers une grande ouverture, n'est pas nécessairement nuisible; car il me paraît certain que la première ouverture au moyen du troquart n'a eu d'autre effet que d'accélérer la destruction de l'os en dedans, par la carie.

Toutefois un abcès du psoas peut n'être pas toujours dû à des causes extérieures mécaniques; c'est ce que montre le cas suivant, qui s'est terminé d'une manière fâcheuse, et auquel je joins les résultats de l'autopsie.

Obs. II. — Marguerite Lang, âgée de 23 ans, fut admise à l'hôpital le 1er décembre 1829. Toute son habitude révélait une phthisie manifeste; et déjà depuis sa sixième année elle avait eu fréquemment des catarrhes opiniâtres dans lesquels les crachats étaient de temps en temps mêlés de sang. Durant une grossesse qu'elle eut en 1828, la maladie avait été suspendue; mais après l'accouchement, elle reparut avec plus d'intensité et força la malade à entrer à l'hôpital.

Outre les signes bien évidens de la phthisie au dernier degré, la malade accusait une douleur sourde à la pression à la région du cœcum et de l'intestin grêle; l'abdomen paraissait tendu. Il y avait tous les jours deux à quatre selles liquides, rougeâtres, quelquefois glaireuses, qui accusaient l'ulcération de quelques points de la muqueuse intestinale.

Vers le 16 décembre il survint un symptôme tout-à-fait nouveau et inattendu. Elle se plaignit d'une douleur fixe, légère, dans la région lombaire. Le peu de pas qu'elle avait à faire pour faire son lit lui furent difficiles; la cuisse droite ne put être soulevée ni étendue sans douleur. Cette douleur devint sensible à la pression à la partie supérieure de la région inguinale, au bord supérieur et extérieur de l'os des îles. Souvent il s'y joignait un sentiment de picotement particulier qui s'étendait jusqu'à l'articulation du genou. Elle disait avoir ressenti après son accouchement une douleur semblable dans la hanche, mais qui s'était toutefois dissipée au bout de quelques jours. Elle ne se rappelait d'ailleurs avoir reçu aucun coup, aucune violence extérieure, ni avoir fait aucune chute.

Cette affection n'en devait pas moins être considérée comme un abcès du psoas commençant, dont il fallait d'autant moins empêcher l'entier développement qu'une grande partie de la substance pulmonaire était envahie par des tubercules en suppuration. On se borna donc à des applications de plantes narcotiques avec le sel ammoniac.

Le 30 décembre on aperçut une tumeur dont la fluctuation était manifeste, placée au-dessus et au-dessous du ligament de Poupart qui avait d'abord la forme d'une hernie, mais qui s'étendit bientôt sous forme d'une saucisse allongée, vers la crête iliaque. La tumeur visiblement partagée par le ligament de Poupart, paraissait avoir des connexions avec le psoas. Ayant succombé le 12 janvier, l'autopsie révéla les objets suivans. Nous passons tout ce qui se rapporte à la phthisie et aux altérations des viscères.

A l'ouverture de la tumeur à l'endroit de l'abdomen indiqué, il s'écoula une quantité médiocre de pus: en examinant de plus près on trouva la gaîne du psoas transformée dans toute son étendue en une masse de pus épaisse à travers laquelle passaient quelques faisceaux atrophiés de ce muscle. Toute la masse purulente qui emprisonnait le psoas peut être évaluée à plus de deux livres (24 onces). Le pus lui-même était épais et fétide. *Il n'y avait aucune trace de carie des os du bassin.*

III RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

De quelques effets du seigle ergoté, par le Docteur MULLER.

L'auteur de cet intéressant article pense que le seigle ergoté mélangé avec le pain, exerce une action délétère sur l'économie animale, bien plus en raison du principe septique qui s'y développe lors de la fermentation putride à laquelle cette substance passe très-rapidement, qu'en vertu de sa propre nature. En effet, dit-il, on a remarqué que les préparations aqueuses de cette substance subissaient promptement une fermentation putride toute spécifique. Rien ne s'oppose à ce que le seigle ergoté mêlé au pain éprouve la même altération: de là alors les nombreux accidens auxquels sont sujets ceux qui se nourrissent d'un pareil aliment. M. le docteur Muller a administré se médicament à très-haute dose pendant des semaines entières, sans observer, malgré l'attention la plus scrupuleuse le moindre phénomène fâcheux. L'auteur ne partage pas non plus les craintes du plus grand nombre sur les accidens fâcheux que l'on dit résulter de l'emploi du seigle ergoté administré dans le but de hâter la délivrance. Il n'a pas observé un seul cas où l'usage de cette substance ait été nuisible à la mère ou à l'enfant, quand la grossesse était arrivée à terme. L'accident le plus à redouter après un accouchement précipité, est sans contredit l'hémorrhagie utérine. Eh bien! dans la plupart des observations recueillies dans les auteurs, sur les accouchemens hâtifs provoqués par le seigle ergoté, il n'est point question d'hémorrhagie; dans quelques cas même l'écoulement du sang a été très-peu abondant contre toute attente. M. le docteur Muller a eu occasion de constater des faits semblables. Il a été conduit ainsi à admettre une action particulière du seigle ergoté sur le système capillaire utérin, et par suite sur le système capillaire de tout l'organisme.

Partant de ce point de vue, l'auteur a fait à plusieurs reprises usage du seigle ergoté pour provoquer l'avortement dans les cas d'hémorrhagies survenues aux deuxième, troi-

sième, quatrième mois, ou à une époque plus avancée encore de la grossesse. Dans la plupart des cas les autres abortifs avaient été inefficaces, et le moindre délai pouvait coûter la vie aux malades. L'effet était prompt, l'avortement suivait infailliblement sans qu'il y eût jamais d'hémorrhagie.

Sûr de l'action hémostatique du seigle ergoté, je l'employai, dit le docteur Muller, contre d'autres écoulemens sanguins de l'utérus, contre la ménorrhagie, contre la métrorrhagie foudroyante; je l'administrai aussi pour favoriser l'expulsion du placenta, dont l'extraction nécessite parfois des manœuvres dangereuses; je le donnai enfin pour arrêter l'hémorrhagie qui survient souvent après la sortie de l'arrière-faix.

Ce résultat obtenu par le seigle ergoté contre les hémorrhagies utérines, m'engagea à en faire l'essai dans les hémorrhagies d'autres organes, et je puis affirmer que depuis nombre d'années où j'ai recours à ce moyen l'effet n'a jamais trompé mon attente.

Les hémorrhagies contre lesquelles j'ai employé le seigle ergoté, sont :

1° Les hémorrhagies utérines après les accouchemens naturels ou artificiels, après l'avortement, celles qui sont le produit d'une violence externe, la ménorrhagie ;

2° Les hémorrhagies pulmonaires de toute nature ;

3° Les hémorrhagies nasales et intestinales.

J'ignore si d'autres médecins ont employé le seigle ergoté dans les mêmes cas où j'en fais usage ; mais son action ne me paraît devoir le céder à aucun autre moyen. C'est surtout dans les hémorrhagies de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement, dans la ménorrhagie et les hémorrhagie thoraciques, que ce remède se montre très-efficace. Un fait digne de remarque, c'est que parfois et particulièrement dans les hémorrhagies utérines, les écoulemens qui durent depuis quelque temps augmentent d'abord sous l'influence du médicament, puis s'arrêtent tout à coup.

Des injections faites en même temps que le seigle ergoté était administré à l'intérieur, ont souvent arrêté en très-peu de temps des hémorrhagies qui menaçaient de devenir mortelles. Une femme d'une constitution délicate avait éprouvé, à la suite d'un avortement, des pertes énormes suivies de lipothymies fréquentes et de spasmes tétaniques. L'hémorrhagie se renouvelait après chaque faiblesse. 8 gr. de poudre de seigle ergoté administré de quinze minutes en quinze minustes, et des injections faites avec une décoction encore tiède, parvinrent à arrêter le sang dans l'espace d'une heure. Je n'obtins pas toujours un résultat ni aussi heureux ni aussi prompt, mais ordinairement l'effet est produit dans les premières 24 heures, rarement au-delà. Comme dans la ménorrhagie il peut arriver que le seigle ergoté arrête très-promptement l'abord du sang pour provoquer une forte congestion vers la tête; il faut dans ce cas s'en servir avec beaucoup de réserve.

L'action du seigle ergoté est non-seulement prompte, mais sûre ; et ce qui lui est propre et le distingue des autres hémostatiques, c'est qu'il agit également contre les hémorrhagies actives ou passives.

Enfin le seigle ergoté a été employé avec succès contre la blennorrhagie vaginale. Le professeur Bazzoni a publié huit cas de guérison obtenus par ce moyen. Moi-même, dit le docteur Muller, j'en fais usage depuis long-temps dans la même maladie, avec un succès constant et sans jamais aucune suite fâcheuse; il y a plus, je m'en suis servi dans quelques cas de blennorrhagie chez l'homme, et principalement dans des écoulemens chroniques qui avaient résisté à toute autre médication. On associe avec bonheur dans cette circonstance le seigle ergoté à des substances aromatiques, et surtout au clou de girofle.

Dose et forme. — Le seigle ergoté se montre le plus efficace sous la forme de poudre fraîchement préparée et mêlée avec le sucre; on l'administre à la dose de 5 à 10 grains toutes les deux heures. Les décoctions et les infusions ne paraissent pas jouir du même degré d'énergie. Cependant pour les injections qui, dans les hémorrhagies internes et nasales, doivent seconder l'administration de la poudre à l'intérieur, je fais ordinairement cuire ou simplement bouillir 2 à 3 gros de seigle dans 3 à 4 livres d'eau que je filtre.

Les préparations à l'eau ont encore l'inconvénient de passer rapidement et à une température très-basse (8° R.), à l'état de fermentation putride, ce qui se reconnaît à une odeur repoussante et qui ne peut-être comparée à aucune autre.

Les préparations alcooliques ne possédent point non plus le degré d'efficacité de la poudre fraîche.

Cette dernière doit avoir, quand elle est saine, un goût d'écrevisse cuite ; on doit la prescrire dans des papiers cirés, afin que ses principes volatils ne viennent point à s'évaporer. Il convient rarement de l'associer à d'autres substances actives; administré seul et en poudre comme il a été dit, le seigle ergoté parait jouir de son plus haut degré d'énergie.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENT-BLATT.

Nous extrairons des premiers numéros de ce journal pour 1834 les deux faits suivans, qui nous ont paru offrir quelque intérêt.

Observation d'une hémorrhagie mortelle occasionée, par la rupture d'une varice pendant l'accouchement; Par le docteur STEUDEL, à Esslingen.

Bien que je ne puisse rendre qu'un compte incomplet du cas suivant, je crois cependant, dit l'auteur, devoir le livrer à la publicité afin d'appeler l'attention sur un accident qui, sans être généralement suivi de conséquences fâcheuses, peut être néanmoins la cause subite de la mort, et de provoquer ainsi la publication des cas semblables qui auraient pu s'offrir à d'autres médecins.

OBS. — Une femme de 30 et quelques années, chez laquelle deux grossesses et deux accouchemens précédens avaient suivi une marche régulière sans accident particulier, remarqua vers la fin de la troisième grossesse une tumeur molle, sortant hors du vagin, que la sage-femme déclara être une grosse varice puerpérale (kindsader), et pour laquelle elle prescrivit de tirer du sang. La tumeur diminua par ce moyen, mais ne disparut pas; et même au bout de quelque temps elle augmenta en volume. Du reste, la femme se trouvait bien : et bien que je vinsse dans la maison pour donner mes soins à

un enfant, jamais elle ne se plaignait à moi de souffrir. L'accouchement suivit une marche naturelle, mais à l'arrivée de la tête dans l'excavation du bassin, la tumeur se rompit tout à coup, et il s'en écoula, autant que je puis en juger, six à 7 livres de sang. La malade devint très-faible; les extrémités se refroidirent; elle perdit connaissance. Je fus aussitôt appelé avec un accoucheur, mais toutes les tentatives pour la rappeler à la vie furent inutiles. Le sac vide de sang qui, même dans cet état de vacuité, aurait pu contenir le poing, pendait hors du vagin. On appliqua le forceps, mais comme il glissait toujours, on opéra la version qui amena promptement un enfant mort avec un spina bifida et un occiput arrêté dans son développement.

L'autopsie ne fut point faite.

L'auteur se demande si la varice avait son origine dans l'utérus ou dans le vagin; et il adopte la dernière opinion, parce que dans le premier cas la rupture aurait eu lieu sans doute plus promptement par les contractions de l'utérus.

Il demande ensuite quelle serait la conduite à tenir dans un cas semblable avant l'accouchement? Faudrait-il ouvrir une si grosse varice avant l'accouchement et en faire au besoin la ligature? Cela ne serait indiqué qu'autant que la tumeur aurait son origine dans le vagin et non dans l'utérus; ou bien doit-on chercher à la diminuer par des sangsues et par des applications froides? L'auteur laisse aux praticiens à décider.

Note pour servir à l'histoire du coloboma de l'iris, par le docteur HEYFELDER, à Sigmaringen.

Depuis que Ph. Walhter a appelé l'attention des médecins sur un vice de conformation particulier de l'iris, auquel il a donné le nom de *coloboma de l'iris*, on a publié plusieurs exemples d'un semblable arrêt de développement; mais les occasions de l'examiner sur le cadavre avaient été beaucoup plus rares. Le professeur Ammon ayant eu le premier l'occasion de disséquer un œil atteint de coloboma, trouva que cette fente particulière ne divisait pas seulement l'iris, mais encore la choroïde et la rétine. Le docteur Heyfelder a rencontré un fait qui diffère de celui d'Ammon; nous reproduirons ici cette observation intéressante.

Obs. — Pendant mon séjour en France durant le choléra dans l'été 1832, je trouvai à Vendreit, auprès de Meaux, département de Seine-et-Marne, une jeune fille de quinze ans, nommée Victoire Bossuet, portant un coloboma de l'iris. Elle fut atteinte du choléra et en mourut. Je saisis cette occasion d'étudier anatomiquement la fente de l'iris. Voici le résultat de l'autopsie :

Le globe de l'œil avait une conformation normale; cependant son segment supérieur n'avait pas la rondeur habituelle; les bords de la fente de l'iris se dirigaient en convergeant vers l'angle interne de l'œil; le bord pupillaire supérieur ne paraissait pas être plus profond que celui de l'autre œil. J'incisai l'œil parallèlement à l'iris entre la chambre intérieure et la chambre postérieure, et je me convainquis alors de l'existence simultanée d'une fente à la membrane uvée et au corps ciliaire. Le cristallin était appuyé sur le corps ciliaire, mais il laissait en bas un espace libre qui offrait une communication entre les deux chambres de l'œil : il n'y avait pas de fente à la choroïde ni à la rétine, et cette observation diffère donc de celle communiquée par Ammon.

Il y a peu de temps, ajoute l'auteur, j'ai eu l'occasion d'observer un coloboma de l'iris à l'œil d'un chien brun, âgé de deux ans et demi. La pupille affectait une figure pyriforme; le segment supérieure était légèrement aplati et se montrait aussi sensible à la lumière que celle de l'autre œil. La fente avait son siége, ainsi que cela a lieu dans l'immense majorité des cas chez l'homme, au segment inférieur de l'iris dans la direction perpendiculaire; à l'exception de cette fente de l'iris le globe de l'œil n'offrait pas la moindre difformité.

Cette dernière observation devrait déterminer les professeurs de l'art vétérinaire à faire connaître les observations qu'ils possèdent sur ce sujet : non-seulement ce seraient d'intéressantes additions à l'histoire des arrêts de développement (c'est dans cette classe que l'on range généralement le coloboma de l'iris), mais encore elles seraient importantes sous le rapport physiologique.

---

de l'influence des professions sur la phthisie pulmonaire, par M. LOMBARD, de Genève.

Dans la liste des professions qui exposent à la phthisie, figurent toutes les professions, moins trois ou quatre; celles-ci ont été notées comme préservant de la maladie; les voici : boucher, mineur de charbon de terre, marchand de poisson et tanneur. L'auteur du mémoire, M. Lombard, de Genève, estime qu'on peut allonger beaucoup cette liste. D'abord, en analysant les tables de mortalité recueillies dans les hôpitaux de plusieurs grandes villes, et les observations recueillies dans les registres de l'état civil de Genève, il classe les professions en deux séries, suivant qu'elles comptent plus ou moins de 114 phthisiques sur 1,000 décès. Après plusieurs calculs destinés à éliminer les contradictions apparentes fournies par les statistiques des divers pays et des divers métiers, il conclut que les professions suivantes ont été à tort classées parmi celles qui favorisent la phthisie. Au contraire, elles paraissent plutôt s'opposer à son développement : avocat, teinturier, fondeur, faiseur de bas, blanchisseur et blanchisseuse, boulanger, carrier, fabricant de chandelles : chaudronnier, doreur, forgeron, mineur, portefaix, serrurier et gagne-denier. Passant à l'examen des causes qui produisent ces résultats, M. Lombard s'occupe d'abord de l'état d'aisance ou de pauvreté qu'impliquent ou supposent les diverses professions, et il conclut que les classes pauvres sont dix fois plus accessibles à la phthisie que les classes aisées de la hiérarchie sociale. Il passe ensuite à l'exercice musculaire. La vie sédentaire détermine un bien plus grand nombre de phthisies que la vie active. Les professions sédentaires donnent, pour nombre moyen de phthisiques, 141 phthisiques sur 1,000 décès. Au contraire, les professions actives ne donnent, sur le même nombre de décès, que 89 phthisiques. L'exercice de la voix n'est point, malgré l'opinion générale, une circonstance qui aide le développement de la phthisie. S'il est quelques personnes qui éprouvent des effets fâcheux de l'exercice constant de la voix, cet exercice est en général

plus avantageux que nuisible : les professions qui exercent la voix n'offrent que 75 phthisiques sur 1,000 décès. Par rapport à la position courbée, il faut distinguer les métiers qui nécessitent cette position en faisant faire beaucoup d'exercice musculaire, chapeliers, tanneurs, chamoiseurs, jardiniers, scieurs de bois, d'avec les metiers qui, en arquant le corps, le laissent en repos presque complet : tailleurs, écrivains copistes, graveurs, horlogers, cordonniers. Ceux-ci ont une moyenne de 134 phthisiques sur 1,000 décès; ceux-là n'en ont que 83. Donc, quoique la théorie conduise à considérer la gêne occasionée dans les fonctions des poumons comme une cause fréquente de phthisie, cette circonstance ne parait exercer qu'une influence secondaire, et qui est plus que contrebalancée par un exercice musculaire constant. Influence de la pureté ou de l'impureté de t'atmosphère. Dans les professions exercées en plein air, 75 phthisies sur 1,000 décès; dans les professions exercées dans des ateliers, 138. Si les ateliers sont vastes et ouverts, la phthisie y est moins fréquente que dans les ateliers clos et étroits. La salubrité de l'atmosphère qui environne les ouvriers est souvent altérée par des corps étrangers dont le contact avec les poumons doit influer d'une manière notable sur le développement de la phthisie. Les corps étrangers peuvent être dissous dans l'atmosphère, ou simplement suspendus dans l'air. Vapeurs aqueuses. Toutes les professions qui s'exercent au milieu de ces vapeurs, celles de tanneur, blanchisseur, batelier, tisserand, porteur d'eau, lavandière, sont classées au-dessous de la moyenne, 114. L'uniformité de ce résultat est d'autant plus remarquable, que la théorie nous eût conduits à une opinion contraire. L'observation démontre que les climats froids et humides sont ceux où la phthisie exerce le plus de ravages. Néanmoins les professions entourées d'émanations aqueuses ne donnent que 53 phthisies sur 1,000 décès. Cette conclusion, tirée pour Genève, est opposée à celle que M. Benoiston de Châteauneuf a tirée pour Paris. Selon M. Lombard, les blanchisseuses de Paris sont poussées à la phthisie par un grand nombre de causes indépendantes de l'humidité. Un air chaud et sec paraît être une cause active de phthisie pulmonaire. La proportion des phthisies sur 1,000 décès de taillandiers, joailliers, forgeurs de limes, fondeurs, forgerons, est de 127. La fréquence de la phthisie chez d'autres ouvriers, tels que les horlogers, bijoutiers, monteurs de boîtes de montres, orfèvres, dépend sans doute de la haute température des poêles dont il se servent, température qui dessèche l'air des ateliers en le rarefiant. L'influence des émanations animales paraît être aussi avantageuse que celle d'un air humide parmi les tanneurs, bouchers, charcutiers, fabricans de chandelles, garde-malades, bouchères. La proportion de phthisies sur 1,000 décès, n'est que de 60. L'air chargé d'émanations de plantes vivantes peut passer pour un préservatif de la phthisie; les jardiniers y sont encore moins sujets que les agriculteurs : sur 100 décès de jardiniers, 4 seulement sont dus à la phthisie. Il n'en est pas de même des émanations de substances végétales mortes ou en fermentation : les tonneliers, sommeliers encaveurs, boulangers, sont assez exposés à la phthisie. Chez les amidonniers, le nombre des phthisiques est inférieur à la moyenne. Chez les vernisseurs, la proportion des phthisiques est considérable : sur 65 peintres vernisseurs morts à Genève, 24 ont succombé à la phthisie. Les peintres dessinateurs, quoiqu'exposés comme eux aux émanations de la térébenthine et des huiles siccatives, succombent moins fréquemment que les vernisseurs, parce qu'ils ne sont pas obligés comme ces derniers de se saturer en quelque sorte d'émanations nuisibles, en fermant avec soin leurs ateliers pour que la poussière ne s'attache pas au vernis. Les émanations d'acides minéraux ne paraissent pas être délétères. L'acide nitrique est employé par les chapeliers, les doreurs, les essayeurs, les orfèvres. De ces quatre états un seul est au-dessus de la moyenne de 114; les autres comptent fort peu de phthisiques. La phthisie est rare aussi chez les ouvriers qui travaillent le chlore. Quant aux émanations métalliques, la statistique de Genève est, pour les émanations mercurielles, en opposition avec celle que M. Benoiston a dressée pour Paris; et M. Lombard suspend son jugement jusqu'à plus ample informé. Même incertitude pour les vapeurs du plomb, de l'arsenic, de l'antimoine, du cuivre; cependant il incline à croire ces vapeurs moins préjudiciables à la poitrine, qu'on ne se l'imagine communément. Les professions qui exposent les ouvriers à respirer un air chargé de corps étrangers, peuvent se diviser en deux classes, suivant que ces molécules sont grossières ou divisées. Dans la première classe, la proportion des phthisiques sur 1,000 décès est de 137, dans la seconde, de 152 Les poussières minérales causent 177 phthisies sur 1,000 décès; les poussières végétales, 105; les poussières animales, 144. Donc, en fait de corps étrangers suspendus dans l'air qu'on respire, les poussières les plus nuisibles sont celles qui proviennent des corps très-durs et réduits en poudres impalpables. Aussi les poussières minérales sont-elles les plus délétères de toutes, et parmi elles celles d'acier et de silice. Le docteur Knight de Sheffield a remarqué qu'il n'y a pas un seul polisseur de fourchettes d'acier qui atteigne sa trente-unième année. Cette brièveté de la vie s'observe aussi chez les tailleurs de silex, de grès et de cristaux. Les poussières filamenteuses des coton, l'aine, plume, etc., sont plus délétères que celles des farines et des fécules. On peut donc résumer dans les chiffres suivans l'influence nuisible et l'influence préservatrice des professions. Emanations minérales et végétales, 176 phthisiques sur 1,000 morts; poussières diverses, 145; vie sédentaire, 140; vie passée dans des ateliers, 138; air chaud et sec, 127; positions courbées, 122; mouvemens des bras causant secousses thoraciques, 116. Souvenons-nous que la moyenne des phthisies sur toutes les maladies est de 114 sur 1,000. Voici maintenant les professions qui exercent une influence préservatrice : vie active, exercice musculaire, 89 phthisies sur 1,000 décès; exercice de la voix, 75; vie passée à l'air libre, 73; émanations animales, 60; vapeurs aqueuses, 53. M. Lombard consacre la dernière partie de son mémoire à des applications thérapeutiques que nous n'avons pas besoin d'indiquer; elles découlent assez naturellement des faits. Nous noterons seulement la nouvelle définition qu'il donne du climat que les médecins doivent conseiller aux phthisiques. Ce climat doit être humide en même temps que chaud et serein. Aussi préfère-t-il Rome et Pise à Nice, à Naples, et surtout au climat sec et vif de Marseille et de Montpellier.

—

N° DU 30.

PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Recherche des analogies de la folie et de la raison, par F. LÉLUT.

On a dû, pour faire le tableau de la folie, l'étudier et la décrire à son *summum* d'intensité, dans ses formes les plus tranchées et les plus distinctes, les plus éloignées, en un mot, de celles de la raison. C'était le moyen de la mieux peindre, mais ce n'était pas celui de la faire mieux comprendre. Dans ce dernier but, il faut non-seulement étudier l'action de ses causes occasionelles, son incubation, son début, le passage de la raison à la folie, mais encore rechercher les états psychologiques qui, dans ce qui n'a pas cessé d'être de la raison, se rapprochent le plus des diverses formes et des divers degrés de l'aliénation mentale. Ces recherches analogiques, puisées en très-grande partie dans ce que chacun peut avoir éprouvé par soi-même, donneront lieu à des rapprochemens d'où jaillira une lumière claire pour tous les yeux, et elles montreront, mieux que des descriptions isolées, que la folie n'est point une chose à part, que tous les fous ne sont point sous la tutelle des asiles qui leur sont consacrés, et que, de la raison complète ou philosophique au délire véritablement maniaque, il y a d'innombrables degrés, dont il serait avantageux à tout homme d'avoir au moins la connaissance générale, afin de ne pas mettre toujours la colère ou la vengeance à la place de cette pitié indulgente dont peut-être il a eu quelquefois besoin, et qu'il pourra quelquefois encore avoir à réclamer pour lui-même.

I. A son point de départ, et dans les dispositions mentales qui en sont la cause prédisposante, organique ou constitutionnelle, la folie est encore de la raison, comme la raison est déjà de la folie; et il importe de commencer par là l'étude de leurs analogies. Ces dispositions, suivant même le langage ordinaire, sont, dans le mode moral ou affectif, une *irritabilité* extrême, une *sensibilité* excessive, qui donnent lieu à des *illusions* et à toutes les erreurs de jugement qu'elles traînent à leur suite, ou dont elles ne sont que le premier degré. Ce sont des appétits, des *goûts*, des désirs *bizarres* et *exclusifs*, des *passions* mauvaises, *désordonnées*, *délirantes*, un entraînement, une *irrésistibilité* dans les actes, qui frappent tous les yeux parce qu'ils ne sont point en harmonie avec la raison commune. Et dans le mode intellectuel, c'est un *manque d'attention* qui donne lieu à de la *distraction* et à une apparence d'*insensibilité* aux impressions venues du dehors; c'est une *association vicieuse* des sentimens et des idées, qui produit des singularités, des disparates, de l'*incohérence* dans les discours, ou bien une association trop rapide de ces actes intellectuels qui occasione dans le langage de la *confusion* et des ellipses inintelligibles; c'est enfin un jugement faux qui donne lieu à des manières de voir fausses et à des déterminations et à des actes que reprouve l'assentiment général.

En dernière analyse, il y a, dans les dispositions à la folie et à son point de départ, exaltation ou perversion de la sensibilité générale, exaltation ou perversion des appétits et des passions, vice de rectitude ou de rapidité dans l'association des sentimens et des idées. Or, ce sont là, au degré près, tous les traits essentiels ou primordiaux de la folie déclarée. Seulement, dans cette dernière, il n'est pas toujours aussi facile d'en faire l'analyse, parce que le désordre est plus grand, parce que ces diverses sortes de lésion de la volonté et de l'entendement se mêlent et se croisent, et qu'il en résulte un accroissement soit de bien-être, soit, et beaucoup plus souvent, de malaise tout à la fois physique et moral, qui, devenu cause à son tour, augmente encore le trouble des passions et des idées, et donne lieu à des actes d'une violence démesurée et d'une extravagance manifeste.

II. — Il est rare, dans le cas même d'une cause traumatique ou toxique, telle qu'un coup violent sur la tête, un excès de vin ou l'ingestion d'un poison narcotique, il est rare, dis-je, que la folie débute brusquement et sans prodrômes. Presque toujours elle a une période d'incubation, et dans ce cas encore ses analogies avec certains états psychologiques qui appartiennent à la raison, sont assez remarquables pour mériter quelque attention. On les trouvera, ces analogies, dans ces passions violentes, exclusives et long-temps continuées, où, comme dans la passion de l'amour, domine un seul sentiment, un seul ordre d'idées, que la raison combat quelquefois, mais en vain; que d'autres fois elle ne cherche pas à repousser, soit qu'elle s'y complaise, ou qu'elle soit devenue incapable de juger de leur trop grande extension. Souvent il y a, dans ce cas, une absorption, une concentration morale qui frappent les yeux même les moins exercés; il y a une distraction qui n'est pas ordinaire, et jusqu'à de l'incohérence dans les idées : et cet état, qui n'est autre chose que de la mélancolie, c'est-à-dire le premier degré de l'aliénation mentale, passe souvent à un véritable état de manie déclarée. Mais dans beaucoup de cas il n'en est heureusement pas ainsi : la mise en exercice d'autres sentimens, d'autres passions, la production d'idées nouvelles, ce que l'on appelle, en un mot, des distractions, des diversions, permettent à la raison de reprendre son empire; et, bien qu'elle ait été sur le point de céder, de se perdre peut-être pour jamais, le mot de folie n'a pas été prononcé, et elle passe pour n'avoir reçu aucune atteinte.

Je ne fais qu'indiquer ces rapprochemens, dont le développement va trouver sa place dans l'examen de la manie aiguë.

III. Cet état, sous le rapport des recherches d'analogie auxquelles je me livre, affecte deux formes générales qu'il importe de bien distinguer, parce qu'on en retrouve le type dans les deux ordres généraux de passions. Ou bien le délire offre un caractère de bonheur, de gaieté, de bienveillance, ou bien il porte l'empreinte de la peine, de la menace et de la violence.

Dans la première de ces deux formes, qui est de beaucoup la plus rare, il existe chez le maniaque un sentiment de bien-être et de force à la fois physique et intellectuelle, un état de bonheur qui perce dans toutes ses paroles et dans tous ses actes, et qu'il voudrait faire partager à tout ce qui l'environne. Or, c'est là littéralement, et au degré près, ce qui a lieu dans les passions gaies et heureuses, et dont la plus haute expression est la joie et *son*

délire. Non-seulement on y jouit du bonheur présent, mais tous les rêves d'avenir paraissent devoir se réaliser incessamment, et ce bonheur, ces espérances, on voudrait y voir participer tout le monde. La vue du malheur afflige ou importune; quelquefois même on ne le conçoit plus. Il se joint à ces sentimens ce désordre d'idées que fait toujours naître une passion trop vive ou exclusive. Les gestes, les actes aussi sont désordonnés, sans but apparent, comme ceux des fous. Il y a, en un mot, chez l'homme plongé dans le délire de la joie, une exubérance tout à la fois de bonheur et de vie qui a besoin de se traduire par des mouvemens dont le seul objet semblerait être la déperdition d'une névrosité également exubérante. On sait d'ailleurs qu'une joie inattendue et portée à ce degré excessif, peut donner lieu à un délire maniaque souvent irrémédiable, qui n'en est souvent que la continuation. Sûrement qu'alors le bonheur devient de la peine, comme le plaisir purement physique, s'il est porté à un trop haut degré, ou s'il est prolongé trop longtemps, ne tarde pas à prendre les caractères de la douleur.

La seconde forme de la manie, qui est aussi sa forme la plus fréquente, est celle où, comme je l'ai déjà dit, le délire offre les traits de la souffrance et de la colère : c'est la manie furieuse, la manie aiguë proprement dite. Or, son analogie, j allais presque dire sa similitude, avec certaines formes de la raison, avec les passions tristes ou violentes par excellence, la colère, la peur, le désespoir, cette analogie, dis-je, est frappante. Dans l'un et dans l'autre cas, parallèlement à l'état ou de passion ou de fureur maniaque, existe un état de malaise moral et de souffrance physique qui s'y ajoute, pour donner lieu non-seulement au désordre des idées et des actes, mais encore au caractère de violence et de nocuité de ces derniers. La colère, la peur, le désespoir, tels sont donc les trois principaux termes de comparaison que la raison peut offrir à la recherche des analogies de la manie aiguë, furieuse ou triste.

Le plus ordinairement le maniaque furieux menace, frappe, ne cherche qu'à commettre des actes de violence. Son délire est une colère continuelle; la contre partie de l'axiome Hippocratique, *furor ira diuturna*. Seulement ici le désordre est plus grand que dans la colère raisonnable. Il y a une plus grand incohérence des idées, et entre elles des ellipses tellement fortes qu'on ne peut pas en combler les vides. Il y a un mélange plus inextricable de tous les sentimens et de toutes les passions, ou au moins de plusieurs d'entre elles; il y a une plus grande propension à faire acte de colère sur les personnes, les choses les plus innocentes ou les plus inoffensives. Cette exubérance furieuse, qui semble devoir s'épuiser à tout prix, prend sa source dans l'état de malaise qui l'accompagne, à en juger par ce qui se passe dans la colère elle-même; elle prend sa source dans l'exaltation de l'amour-propre, et dans l'accroissement du sentiment de la propre puissance; elle la prend enfin dans des illusions et des hallucinations qui mettent le maniaque en hostilité contre des personnes ou des choses auxquelles il attribue, à tort, des intentions ou des actes nuisibles, dirigés contre lui.

Or, tous les traits de cette analyse d'un accès de manie furieuse, jusqu'aux illusions sur les intentions, se retrouvent à peu de chose près, dans un accès de colère porté au plus haut degré, surtout s'il a lieu chez un homme naturellement peu maître de lui-même, ou excité par un commencement d'ivresse.

Il n'est personne qui n'ait éprouvé, par lui-même ou par l'observation des autres, les effets de la peur portée à un haut degré. Ces effets tiennent vraiment du délire, et peuvent parfaitement rendre compte de ce qui doit se passer chez un maniaque peureux, chez un panophobique. Il se fait alors une confusion extrême des idées qui perdent leur cohérence; on est saisi de vertige; les yeux se couvrent comme d'un voile; loin de faire ce qu'il faut pour fuir ou repousser le danger, on agit dans le sens contraire, ou l'on n'agit point du tout. Les muscles entrent en convulsions, ou bien ils fléchissent sous le poids du corps; il se fait souvent des exonérations involontaires. Un sentiment de faiblesse et de froid inexprimable a lieu, et peut aller jusqu'à la syncope. Quand il n'en est point ainsi, que l'individu demeure capable de quelque action, il se manifeste un égoïsme qui va quelquefois jusqu'à la férocité; sentimens doux, affections puissantes, devoirs naturels, tout est oublié, et le moi perce dans toute sa nudité hideuse.

On voit ainsi, dans la peur, apparaître simultanément les caractères primitivement essentiels de tout délire maniaque. Illusions sur les résultats de l'action des sens; perversion ou nullité de l'association des idées; exaltation, perversion et croisement des appétits et des passions; dénudation de l'égoïsme; délire des actions qui ne vont point au but qu'il faudrait atteindre, mais qui n'en sont que plus en harmonie avec le désordre de tous les autres actes intellectuels; rien ne manque à ce rapprochement, et si je voulais analyser le délire maniaque panophobique, ou du moins celui que caractérisent surtout la défiance et la crainte, j'aurais à peine à grossir les traits du tableau que je viens de tracer. Je n'aurais pas même à y ajouter que, dans le délire de la peur, il y a toujours une cause extérieure à cette passion, tandis que, dans le délire maniaque phobique, il n'y en a point, et que tout y dépend de perceptions purement spontanées; d'abord, parce que, dans ce dernier cas, cette cause a pu exister et a existé souvent, et que le délire craintif n'est que la suite plus ou moins éloignée de son action; ensuite, parce que dans la peur, comme dans ce délire, il n'y a quelquefois pas de cause extérieure. On a peur parce qu'on a peur; on a peur de tout, en vertu d'une disposition intime, soit habituelle, soit du moment, et cela peut avoir lieu chez les hommes les plus forts et les plus courageux, comme chez l'enfant ou la femme que rendent craintifs ou leur âge, ou leur sexe.

Le désespoir tient à la fois de la colère et de la crainte, mais davantage de ce dernier sentiment. C'est la frayeur de l'avenir, comme la peur est la frayeur du présent. Qu'il porte sur un fait accompli et irremédiable, ou bien sur l'impossibilité de l'accomplissement d'un fait éventuel, son objet et sa nature n'en sont pas moins tout-à-fait exclusifs. Dans le désespoir, comme dans la mélancolie et le délire partiel, les facultés intellectuelles sont tendues sur un seul objet et dans un seul mode, la douleur. Tout le reste est oublié, ou senti de la même manière, péniblement; et ce défaut d'équilibre et de vérité des affections amène le délire de paroles et d'actions qui est propre à cet état. L'avenir n'étant plus vu que sous un aspect sombre, quelque grave que soit la cause du mal,

on se l'exagère encore assez pour n'y voir aucun remède, bien que le temps, à lui seul, en soit un si grand; et voilà comment le désespoir est la frayeur de l'avenir. Son délire, lorsqu'il va jusque-là, est donc bien plus un délire d'actions qu'un délire de paroles. Sans doute ces dernières trahissent des illusions, une exagération extrême de la sensibilité; les idées ne s'associent que sur un seul sujet, et tantôt avec une rapidité qui ne permet pas toujours d'en suivre la chaîne, tantôt avec une lenteur qui rappelle quelques-uns des traits de la démence stupide. Mais c'est le désordre des actions qui l'emporte, et il va quelquefois jusqu'à faire perdre à l'homme son attitude essentielle et caractéristique : *os sublime*. On se roule à terre, on se tord les mains, on s'arrache les cheveux, on porte sur soi des mains violentes et quelquefois suicides; tandis qu'un examen plus calme, l'examen seulement du lendemain eût prévenu des excès honteux pour la nature humaine, et eût souvent fait apercevoir à un mal *irremédiable* des remèdes d'une efficacité encore assez grande.

J'ai à peine besoin de dire que, parmi les formes de la folie, celles qui, par leur caractère d'exclusion et de terreur offrent l'analogie la plus frappante avec le délire du désespoir, sont l'hypocondrie, où le maniaque se croit en proie à des tortures physiques aussi variées que douloureuses, et que doit terminer, suivant lui, une mort prochaine et inévitable; le délire sensorial, en vertu duquel l'halluciné pense être en butte à des persécutions perpétuelles et terribles, ou bien se persuade être condamné pour l'autre vie à d'éternels supplices; certaines formes enfin de la manie aiguë, telles que la stupidité, où sans hallucinations, sans illusions précises, l'aliéné est plongé dans un état d'abattement profond produit par un malaise à la fois physique et intellectuel, et qui a presque tous les caractères extérieurs d'un désespoir silencieux.

Dans tous ces cas divers, la seule, ou du moins la principale différence qu'il y ait entre le désespoir de la raison et celui de la folie, c'est que le premier reconnaît une cause réelle, prise dans le monde extérieur, tandis que dans le second cette cause, qui jadis a pu avoir ce caractère, l'a désormais perdu, et ne réside plus que dans les perceptions spontanées et sans objet du maniaque. Plus tard, il est vrai, son désespoir pourra passer à un état de délire général plus ou moins triste ou douloureux, et alors il deviendra de plus en plus difficile d'y saisir les traits qui le rapprochaient du désespoir de la raison.

Du rapprochement analogique que je viens d'établir entre le délire de la raison, ou plutôt des passions, et le délire de la folie, il résulte que, dans l'un comme dans l'autre cas, le désordre commence essentiellement par le côté moral ou affectif de l'intelligence, c'est-à-dire que c'est nécessairement sur les affections et les passions que portent les causes qui y donnent lieu; que c'est, par elles que commence le trouble de la raison, par elles qu'il se continue, et que le délire proprement dit, le délire des pensées et des paroles, n'est, comme le désordre des actions, que l'expression de ce délire de la volonté. Mais quelles lois établir dans cette expression? Quelle liaison instituer entre le délire de pensées et de paroles et le trouble des facultés affectives, qui en est la cause? Aucune autre que l'expression formelle et détaillée de cette dépendance.

Les facultés morales ou affectives, qui sont la source des passions et forment le fond de l'intelligence, son fait primordial ou générateur, doivent, pour que la raison se maintienne droite, se maintenir elles-mêmes dans un équilibre qui peut varier, du reste, suivant la constitution morale de l'individu. Il ne faut pas surtout que cet équilibre soit rompu brusquement, c'est-à-dire qu'une des passions prenne tout à coup une extension violente aux dépens des autres. Non-seulement cet accroissement démesuré conduit à des actes désordonnés d'abord, et ensuite maniaques; mais les autres passions, celles surtout qui ont avec la première des rapports plus intimes de nature et d'objet, finissent par participer à son trouble, et de là, chez les aliénés, un mélange désordonné de sentimens et de passions dont les rapports de succession et de génération finissent par devenir insaisissables.

Le premier effet du trouble des passions ou de la volonté, soit dans la raison, soit dans la folie, c'est, d'une part, l'association trop rapide des idées, d'abord sur le sujet de la passion mise en jeu, et ensuite sur tous ou presque tous les sujets; puis leur désassociation, ou plutôt leur association vicieuse, d'abord sur le sujet de la passion prédominante, ensuite sur les objets des autres passions, et enfin sur des faits de pur entendement. C'est, d'autre part, la transformation des idées en sensations, c'est-à-dire les illusions et les hallucinations, fait psychologique morbide qui est d'ailleurs tout-à-fait en harmonie avec l'exagération générale de la sensibilité, si l'on n'aime mieux dire qu'il en est le résultat.

En définitive, le désordre de la pensée est à celui de la passion ce que l'effet est à la cause, l'expression à la chose exprimée; la pensée rend la passion, comme la parole rend la pensée, comme les sons de l'orgue rendent une mélodie, d'une façon discordante, quand la passion, la pensée, la mélodie, ont elles-mêmes ce caractère. Il n'y a pas à demander d'autre pourquoi ni d'autre comment. Mais peut-être que quelques analogies plus intimes encore, prises d'états intellectuels que chacun peut avoir éprouvés par soi-même, feront plus exactement apprécier ce que ressent l'homme passionné ou le maniaque dans le désordre des facultés affectives, dans la désassociation des idées et dans leur transformation en sensations.

Qu'on soit mu à la fois par plusieurs passions modérées, mais contraires, ou seulement différentes, il se fait alors dans l'esprit, et souvent pendant long-temps, un singulier mélange, sinon d'impulsions, au moins de sentimens, qui n'ont d'autre rapport entre eux que la simultanéité de leur production. En vain voudrait-on chasser les séries d'idées qui en résultent, ou n'en conserver qu'une seule, les efforts qu'on fait à cet égard produisent souvent un résultat opposé. Seulement, on a la conscience de ce conflit, on sait qu'il doit finir, et l'irrésistibilité des sentimens ne s'étend point aux actes; toutes choses qui n'ont point lieu, en général, dans la manie déclarée.

De même, et sans que les passions aient aucunement été mises en jeu, les esprits qui ont rassemblé sur un certain nombre de sujets différens des idées tant soit peu nombreuses, éprouvent quelquefois une sorte de délire intérieur et purement idéologique, qui peut mettre sur la voie de ce que doit

être dans la folie l'association vicieuse des idées. Dans cet état, la pensée erre involontairement et souvent bien qu'elle veuille le contraire, sur une foule de sujets qui n'ont aucun rapport entre eux. Les idées se croisent, se heurtent, pour se séparer et se mêler de nouveau. Des pensées, des sentimens auxquels on voudrait ne pas donner son attention reviennent néanmoins plus souvent que d'autres. On fixerait difficilement son esprit sur un sujet plutôt que sur un autre; quelquefois même on en est tout-à-fait incapable. Dans cet état, si l'on pensait tout haut, et qu'on ne s'aperçut pas du manque d'association des idées, on délirerait. Ce serait de la folie, à laquelle il manquerait pourtant ses signes physiques ou extérieurs, et une altération correspondante dans les déterminations, dans les mouvemens et dans les actes.

Quant à la forme de l'aliénation mentale dans laquelle les idées, prenant à un degré plus ou moins profond le caractère de sensations externes, deviennent des illusions et surtout des hallucinations, on va voir qu'elle peut aussi trouver dans l'état de raison des analogies bien plus marquées qu'on ne serait tenté de le croire au premier coup d'œil.

Pour ce qui est des illusions de la folie, je ne m'arrête point à noter leurs rapports de similitude avec celles de la raison; cette ressemblance est complète, au degré près. Si dans le monde, en effet, l'on ne se méprend sur les personnes que d'une manière passagère, et qui ne tire point à conséquence, en revanche, on s'y méprend sur les intentions, sur le caractère des actes, et cela d'une façon durable et souvent fort grave, à l'instar de ce qui se voit dans la manie; on s'y exagère à soi-même, ainsi que cela a lieu dans l'hypocondrie déclarée, des douleurs, des indispositions, des maladies; on s'en crée qui n'existent point, et l'on voit de ces diverses sortes d'illusions qui sont si tranchées, si habituelles, si irrésistibles, que dans le monde même elles sont taxées de folie. Rousseau le prosateur est un exemple remarquable d'illusions sur les intentions des actes, et il a transformé en ennemis acharnés à sa perte une foule de ses contemporains dont quelques-uns ne demandaient pas mieux que d'être ou de rester ses amis, et dont la plupart avaient tout au plus le tort de s'amuser aux dépens d'une imagination malade et hallucinée.

Mais, s'il est une forme de la folie à laquelle la raison paraisse ne devoir pas fournir d'analogies, c'est, à coup sûr, celle qui semble le plus en opposition avec les lois ordinaires de la sensation et de la pensée, et qui caractérise le plus spécialement et le plus indubitablement la manie, ce sont les hallucinations. Il n'en est pourtant pas ainsi, et cette forme du délire peut trouver, dans l'état de raison, des analogies assez remarquables; ou bien elle est quelquefois tellement isolée, et elle a si peu d'influence sur les déterminations, que, dans les cas de ce genre, elle ne semble point incompatible avec le libre exercice de la raison.

Je ne parle point de ces paroles que, dans une conversation ou même dans l'isolement et le silence, on croit très-distinctement entendre, et auxquelles on répond, soit par d'autres paroles, soit par des actes. Ce sont pourtant bien de véritables hallucinations, qui ne sont pas plus que les autres le résultat de l'action des sens, et qu'on ne reconnaît pour telles qu'après vérification. Je ne parle pas davantage des hallucinations bien caractérisées, auxquelles donne lieu le délire de l'ivresse chez certains individus qui ont, comme on le dit et comme ils le disent eux-mêmes, *le vin fou;* la raison, dans ce cas, n'étant pas, à beaucoup près, intacte, et tout l'organisme étant, momentanément au moins, dans un véritable état pathologique. Je ne veux parler ici que des hallucinations qui peuvent avoir lieu chez des individus sains d'esprit et de corps. Or, dans ce cas, elles peuvent offrir ce double caractère, que l'individu qui en est atteint les regarde comme de fausses perceptions, qu'il n'est pourtant pas le maître de faire cesser, ou bien qu'il les considère comme des sensations bien réellement externes, mais auxquelles il donne une cause extérieure, la plus raisonnable qu'il lui est possible, et en vertu desquelles il se conduit dans certaines de ses actions.

Si ce qu'on raconte de Pascal est vrai, que l'accident dont il avait failli être victime, près du pont de Neuilly, lui produisit une telle impression de terreur, que, depuis ce moment, il crut, de temps à autre, voir s'ouvrir à ses côtés un abîme de feu prêt à l'engloutir; si, dis-je, ce fait est vrai, comme on le croit généralement, cette hallucination devait être isolée, en même temps qu'elle n'était que passagère, et elle put, pendant long-temps, n'altérer en rien la puissante raison de l'auteur des *Pensées*. On a d'ailleurs d'autres exemples d'hallucinations aussi isolées dans un état de raison, sinon aussi sublime, au moins aussi intact. C'est là, en effet, ce qui a lieu dans beaucoup de cas commençans de folie purement sensoriale, où, pendant long-temps, l'individu s'aperçoit de ses fausses perceptions, les juge telles, en parle dans ce sens, jusqu'à ce qu'enfin, par l'effet de leur répétition et de la continuation de l'état cérébral qui y donne lieu, l'halluciné finisse par devenir réellement maniaque, et par croire vraies les fausses perceptions qu'il avait d'abord regardées comme des chimères. Il en est encore de même dans les cas où le délire, soit qu'il ait revêtu constamment une forme purement sensoriale, soit qu'il ait été accompagné d'une incohérence générale dans les idées, finit, lors de la guérison, par se résoudre en des hallucinations très-nettes, très-distinctes, mais dont l'individu, revenu à un état de raison plus solide, apprécie la nature et la fausseté.

Voilà pour les hallucinations momentanées, ou constituant, en tout ou en partie, un état de manie aiguë. Il se présente maintenant une autre question. Peut-il exister des hallucinations chroniques, plus ou moins continues, regardées par l'halluciné comme des sensations vraies, compatibles néanmoins avec un état de raison en apparence complet, et qui permette à l'individu qui en est atteint, non-seulement de continuer à vivre avec ses semblables, mais même de porter dans sa conduite et dans la gestion de ses intérêts toute la justesse d'esprit désirable? On serait porté à répondre négativement, et pourtant l'observation prouve que ce serait à tort. Dans les cas de ce genre, l'halluciné, tout en regardant ses fausses perceptions comme vraies, est dans une sorte de doute sur leur cause, et sur la conformité de leur nature avec celle de ses autres sensations. Il en fait un ordre de perceptions à part, qu'il rapporte à des causes dont il ne se rend pas bien compte; et, si elles ne sont pas fort intenses, si elles ne portent pas sur des objets essentiels et

qui soient des mobiles d'action, il les laissera, jusqu'à un certain point, de côté, et elles n'auront pas d'influence marquée sur ses déterminations ni sur ses actes.

C'est là tout ce qui peut avoir lieu pour nos temps modernes, temps de doute et d'irréligion, où, sous peine d'être pris pour un fou halluciné, on ne peut se prétendre en communication avec la Divinité ou avec des agens surnaturels quels qu'ils soient. Mais, à des époques plus reculées, il y a quelques mille ans, dans l'enfance des peuples, il s'en fallait bien qu'il en fût ainsi. Bien qu'alors, sans doute, la cause première ne se communiquât pas plus aux mortels qu'elle ne le fait maintenant, au moins croyait-on qu'il en pouvait être autrement, et si l'on voulait s'expliquer les inspirés des âges anciens, gentils, israélites ou chrétiens, autrement qu'en les regardant comme des envoyés de Dieu ou comme des fourbes, l'ignorance et la crédulité des temps où ils vivaient en donneraient les moyens. Les fous d'alors, et surtout les fous hallucinés, devaient être ce qu'ils sont toujours en Turquie, contrée qui, sous le rapport de l'ignorance et du fanatisme, appartient bien encore aux temps antiques; ils étaient des hommes de Dieu, non-seulement aux yeux des autres, mais à leurs propres yeux, qui n'étaient pas plus éclairés que ceux de la foule, et ces deux croyances ne pouvaient manquer de se prêter une force mutuelle. Si donc la Divinité ne s'est jamais communiquée à la créature autrement que par les résultats des lois qu'elle a établies; si, d'un autre côté, Moïse, si Numa, si Mahomet, etc., n'étaient pas des fourbes; s'ils croyaient à la réalité de leurs visions, de leurs révélations, ce qui me paraît hors de doute, c'étaient tout simplement des hommes de génie et d'enthousiasme, ayant des hallucinations partielles, isolées, dans un mode religieux et réformateur, c'est-à-dire dans un mode que favorisait l'esprit du temps; et ce même esprit, qui n'eût pu comprendre une telle espèce de folie, forçait de toute nécessité l'halluciné et ses témoins à croire à la réalité de ses fausses perceptions de toutes sortes. S'il y a eu un génie ou un démon de Socrate, ses inspirations n'étaient de même que les rêves du plus sublime visionnaire de l'antiquité, et les révélations des inspirés et des prophètes des deux Testamens tombent de plein droit dans la même explication. La France délivrée par Jeanne d'Arc, le catholicisme vaincu par Luther, la fondation par Loyola d'un ordre religieux qui a dominé pendant trois siècles tous les trônes du monde et jusqu'à celui du vicaire de J.-C., etc., etc.; tout cela n'a pu être également que l'œuvre de visionnaires de bonne foi. La fraude n'a jamais eu et n'aura jamais une telle puissance, et pour agir sur les masses, pour faire s'entrechoquer les peuples, pour ébranler, changer leurs croyances, pour creuser sur la face de la terre un sillon dont les siècles n'effacent pas l'empreinte, il faut penser, parler, se tromper, *délirer* comme les masses; il faut affirmer, *croire* comme elles et plus qu'elles, être leur envoyé, leur prophète, pour qu'elles vous croient celui de Dieu et qu'elles vous en donnent la puissance.

Que si l'on adopte cette explication que je ne fais qu'esquisser ici, et sans laquelle, je l'avoue, les faits les plus féconds de l'histoire me semblent inintelligibles, peut-être éprouvera-t-on quelque humilité à voir cette raison, si absolue dans la philosophie des écoles, se modifier, non pas seulement suivant l'âge, le sexe, le tempérament, suivant l'état de réfection ou de jeûne, de calme ou de passion, de santé ou de maladie, etc., mais même suivant les époques historiques, et se modifier tellement bien sous ce dernier rapport, que ce qui ferait maintenant enfermer un homme dans une maison de fous, ou ce qui, du moins, lui vaudrait un jugement d'interdiction, faisait de lui, dans les âges reculés, un inspiré, un homme de Dieu, un réformateur des peuples.

Il serait difficile actuellement de savoir quels caractères précis offrit, à son début, la folie des grands personnages dont j'ai cherché à apprécier la valeur psychologique. L'histoire, qui ne les a jamais vus ce qu'ils étaient, ne pouvait rien nous transmettre à cet égard, mais il est probable que leur manie avait eu de prime-abord le caractère sensorial qu'elle conserva toujours. Ces hommes étaient doués d'une sensibilité, d'une imagination tellement ardente, et les impulsions intérieures qui les poussaient vers un but nécessité par les besoins et les croyances de l'époque, croyances et besoins qu'ils partageaient plus que personne et dont ils étaient l'expression vivante; ces impulsions, dis-je, étaient tellement fortes que les idées auxquelles elles donnaient lieu ne tardaient pas à se convertir en images sensibles, dont ils n'avaient aucun moyen d'apprécier le manque d'objets dans le monde extérieur, et ils se conduisaient en vertu de ces images, comme dans les passions nous nous conduisons en vertu d'impressions presque aussi vives et qui nous ôtent momentanément tout moyen de comparaison et de choix. Si l'on veut, ce n'étaient pas des fous, mais c'étaient des hallucinés comme il n'y en a plus et comme il ne peut plus y en avoir, des hallucinés dont les visions étaient les visions de la raison.

Les longs détails dans lesquels je viens d'entrer sur les analogies que peuvent trouver, dans l'état de raison, les diverses faces de la manie aiguë, me laisseront peu de chose à dire sur les mêmes rapprochemens appliqués aux dernières formes de la folie, la manie chronique et la démence. J'y éviterai donc toute répétition d'analyse purement idéologique, et je ne m'arrêterai qu'à ce qu'il peut y avoir à cet égard de tout-à-fait spécial à ces états psychologiques anormaux.

IV. Sous ce rapport, la manie chronique, celle dans laquelle les associations vicieuses d'idées et la transformation des idées et des sentimens en sensations font désormais partie de l'intelligence, peut se comparer avec vérité à ces états intellectuels, compatibles souvent avec la raison la plus droite et même la plus puissante, et qu'on a appelés bizarreries, singularités, manies; états dont l'histoire des hommes les plus célèbres offre de si nombreux exemples, et qui avaient depuis si long-temps fait dire à un ancien qu'il n'y a point de grand esprit dans lequel il n'entre un peu de folie.

N'offrait-il pas en effet quelques analogies avec la manie chronique, l'état mental de ces deux philosophes cyniques, Diogène et Cratès, satisfaisant, sans honte, sur la voie publique, leurs besoins les plus sales et leurs appétits les plus secrets, et dont le premier avait été surnommé, par ses contemporains même, un *Socrate fou*. Quoi de plus singulier encore et de plus analogue à la manie chronique, que les habitudes de la plupart des compositeurs d'un vrai talent,

peintres, poètes, musiciens, savans même, surtout en ce qui est relatif à l'objet et au moment de leurs inspirations? Et n'avons-nous pas tous, dans notre organisation morale, quelque habitude plus que bizarre, quelque manie dont il nous serait difficile de nous rendre compte, et plus difficile encore de nous débarrasser?

Pour ne pas scinder les rapprochemens que j'avais à prendre des hallucinations, j'ai été obligé, à propos de la manie aiguë, de traiter aussi de celles de ces fausses perceptions qui ont trait à la manie chronique. Le lecteur a pu remarquer cette anticipation. Je n'ai donc point à la rétablir ici: il me suffit de la signaler. Je passe à la dernière forme de la folie, la démence, accompagnée ou non de la lésion des mouvemens.

V. Les états psychologiques normaux avec lesquels la démence a le plus de rapports d'analogie, sont les passions de la peur et du désespoir, et l'ennui. Je n'ai pas besoin de revenir, à cet égard, sur ce que j'ai dit en parlant de la manie aiguë: je rappelle seulement ici que l'incohérence et le croisement des sentimens moraux dans ces passions, et surtout leur défaut de but, l'absence plus ou moins complète de réflexion et de volonté dans leur production, sont des caractères psychologiques très-analogues à ceux de la démence. On aura une idée plus intime encore de ce que peut être, pour celui qui l'éprouve, cette forme de la folie, si l'on se retrace avec détails certaines dispositions d'esprit où l'on peut s'être trouvé. Il y a en effet tel état intellectuel où les sensations, sans être fausses, sont obtuses, où les idées s'associent avec une grande lenteur, ou même ne s'associent pas du tout, où l'attention, difficilement provoquée, erre sur toutes sortes de sujets, sans se fixer précisément sur aucun. Les affections, les passions, les volitions sont en harmonie avec cet état d'hébétude de l'entendement. On n'affectionne rien, on ne se passionne pour rien, on ne veut rien. Au contraire, on éprouve une sorte de dégoût ou au moins d'indifférence pour tout, pour les objets même d'une prédilection habituelle. On ne se donnerait pas la mort, on ne pense pas à cela; mais c'est à peine si l'on tient à la vie. Les mouvemens sont aussi lents que l'entendement et que la volonté. La parole est également paresseuse et embarrassée; on voudrait ne pas avoir à parler, à répondre. L'articulation des sons se fait moins bien qu'à l'ordinaire. On éprouve au front, et principalement au-dessus et dans le fond des orbites, une douleur vague et peu intense, caractérisée surtout par de la pesanteur; une sorte de voile léger semble jeté sur tous les objets...

Cet état est, à coup sûr, analogue à certaines formes stupides et silencieuses de la démence, et peut très-bien servir à faire comprendre et leurs caractères extérieurs et leurs manifestations intimes.

Quant à la forme de la démence caractérisée par l'incohérence à la fois la plus superficielle et la plus désordonnée des idées, et par un babil intarissable, où les mots ne sont que des mots qui ne représentent plus aucune pensée, elle a des analogies qu'il suffit d'indiquer avec le délire loquace et sans profondeur de certains cas d'ivresse.

VI. Mais c'est surtout avec la démence accompagnée de paralysie générale que les derniers degrés du délire du vin ont les rapports de similitude les plus frappans. Dans l'un comme dans l'autre de ces deux états, il y a obscurcissement, puis anéantissement graduel de l'intelligence; faiblesse des mouvemens, marquée surtout par l'embarras de la langue et la difficulté de la marche; exonération involontaire de matières stercorales et urinaires. Il y a surtout ce délire ambitieux si remarquable, qui montre que, lorsque la raison a perdu, soit par l'abus du vin, soit par le progrès de la manie, son empire ordinaire, l'amour-propre, qui forme le fond de notre nature morale, son *ultimum moriens*, agit alors seul, sans contrepoids, et donne lieu à toutes ces saillies extravagantes d'ambition, qui ne sont autre chose que l'expression, désormais sérieuse, des rêves auxquels, dans l'état de raison, on s'abandonne sans y croire, et qu'on désigne sous le nom de châteaux en Espagne. Enfin, dans le délire de l'ivresse, comme dans la paralysie générale, il n'est pas rare de voir des convulsions interrompre, de temps en temps, l'abolition plus ou moins complète des mouvemens, achever ainsi l'analogie que ces deux états offrent entre eux.

VII. Je viens de rechercher les analogies que peuvent trouver dans la raison les diverses formes de la folie. Ce n'était point un parallèle complet que j'établissais entre ces deux états, et j'ai dû m'occuper surtout des rapports de similitude, en appuyant moins sur les rapports de dissemblance. J'y ai pourtant assez insisté, et ils sont, du reste, assez évidens par eux-mêmes, pour que je puisse, en les résumant en regard des autres, fixer, autant que cela est possible, les limites qui séparent la raison de la folie, et formuler, en terminant, les caractères essentiels du dernier de ces deux états psychologiques.

Les analogies qu'offrent, avec certains états dit de raison, la prédisposition à la folie, son incubation et ses diverses formes, se trouvent, ainsi que je l'ai fait voir, d'une part et primitivement, dans des passions originairement mauvaises, ou désordonnées, ou dans le trouble accidentel de ces élémens de la volonté; d'autre part, dans un vice congénial ou acquis de l'association des idées, et dans la transformation de ces dernières en hallucinations, ou, au moins en illusions.

Mais dans l'état de raison qui offre le plus d'analogie avec la folie, dans la raison passionnée, ou plus simplement dans la passion, le trouble moral est partiel, et a lieu avec conscience de la part de l'individu qui en est atteint. Dans la folie déclarée, au contraire, le trouble moral est plus ou moins général et complexe, et a lieu sans conscience de la part de l'individu chez lequel il existe.

Dans la passion, il y a toujours au trouble de la volonté un motif extérieur plus ou moins puissant. Dans la folie, ce trouble est complètement spontané, ou sans motif extérieur actuel.

Dans la passion, on se fait illusion sur les intentions des actes seulement, mais non sur l'identité ou sur l'existence réelle des personnes et des choses. Dans la folie, les illusions peuvent bien aussi porter sur les intentions, mais elles portent surtout sur l'identité et sur l'existence réelle des objets extérieurs, c'est-à-dire qu'elles deviennent des illusions *réelles* et des hallucinations.

Enfin, dans la passion, dans celle au moins dont la violence n'est pas déjà de la folie, l'association des idées est

seulement trop rapide et trop exclusive, mais elle n'est point incohérente. Dans la folie, il y a, au contraire, incohérence plus ou moins générale des idées, quand toutefois le délire ne se borne pas à un caractère tout aussi tranché, les hallucinations.

En dernière analyse, les caractères de l'état de raison, qui a le plus d'analogie avec la folie, c'est-à-dire de la passion, sont un trouble moral partiel existant avec conscience de la part de l'individu qui l'éprouve, ayant une cause extérieure actuelle, et se traduisant par une erreur sur les intentions seules, et par l'association trop rapide et la nature trop exclusive des idées.

Ceux de la folie sont un trouble moral plus ou moins général et complexe, existant sans conscience de la part de l'individu qui l'éprouve, ayant lieu spontanément ou sans cause extérieure actuelle, et se traduisant par une erreur non-seulement sur les intentions, mais surtout sur l'identité et l'existence des personnes et des choses, et enfin par la désassociation des idées : caractères qui pourraient être résumés dans la formule suivante, qu'il ne conviendrait pas d'appeler une définition. *Trouble des passions et de la volonté, sans conscience et sans cause extérieure actuelle*, accompagné d'un *vice dans l'association* des sentimens et des *idées*, et de *transformation* de ces manifestations intellectuelles *en sensations*.

PATHOGÉNIE.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'ORIGINE ET SUR LA NATURE DES TUBERCULES, *à l'occasion de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine*; par M. KUHN, D.-M. P.

Le rapport que M. Breschet vient de faire à l'Académie de médecine sur un de mes mémoires, intitulé : *Recherches microscopiques sur les tubercules pulmonaires de l'homme*, a soulevé au sein de ce corps savant une discussion assez longue, dont je n'ai eu connaissance que par la GAZETTE MÉDICALE. En parcourant le compte rendu des séances des 15 et 22 avril dernier, j'ai pu me convaincre que plusieurs des membres qui ont pris part à la discussion avaient négligé de prendre connaissance du contenu de mon travail, et ont pour cela porté un jugement qu'un examen fait de plus près ne leur aurait sans doute pas permis de porter.

De toute cette discussion, en effet, il semblait résulter que mon but était de faire valoir une hypothèse gratuite ou de reproduire l'opinion insoutenable de John Baron sur l'origine et la nature des tubercules, tandis que mon véritable, mon principal but était de décrire la structure de la substance tuberculeuse telle qu'elle se présente sur le porte-objet d'un microscope. Et qu'ai-je vu à l'aide des vérres grossissans ? J'ai observé que les granulations grises des tubercules (tubercules dans leur état primitif), analysées jusque dans leurs derniers élémens, sont formées de filamens hyalins, extrêmement déliés, ramifiés entourés d'un grand nombre de globules et enveloppés d'une couche de mucus. J'ai établi de plus, par une série d'observations, que quand une granulation grise se tuberculise, les filamens hyalins et les globules se rapprochent davantage, s'agglomèrent et s'altèrent, pendant que le mucus qui les baignait disparaît. Enfin, j'ai étendu mes recherches microscopiques aux crachats des phthisiques, non pas à ces crachats purulens qu'on observe pendant la période de colliquation, mais aux crachats muqueux, globuleux, d'une teinte grise et quelquefois bleuâtre, tels qu'on les observe au premier et au deuxième degré de la maladie, et j'y ai reconnu les mêmes élémens que dans les granulations grises, savoir, des filamens hyalins, des globules et du mucus, avec cette différence seulement que la proportion du mucus y est plus forte.

Après avoir relaté avec détail toutes ces données, que j'ai cherché à rendre plus claires par de nombreuses figures, j'ai ajouté : « Pour les personnes versées dans les sciences naturelles, il ne sera pas difficile maintenant de trouver de l'analogie entre certaines productions du monde extérieur et les formes qui viennent d'être décrites. J'ai été frappé plus d'une fois de leur ressemblance avec les batrachospermes, les tremelles, les byssus ou certaines moisissures, c'est-à-dire avec beaucoup de produits rangés parmi les conferves, parmi les mycédinées ou parmi les némazoones de M. Gaillon. Mais le tissu tuberculeux est-il de même nature absolument que les productions du monde extérieur, auxquelles il ressemble, ou en d'autres termes, doit-il prendre rang parmi ces dernières ? *Voilà ce que nous ne saurions pas encore affirmer, et nous devons nous contenter, quant à présent, de faire entrevoir des analogies.* »

Où donc sont maintenant ces opinions hypothétiques que M. Bouillaud veut bien m'attribuer ? Me suis-je donc tant écarté du cercle de l'observation pure, et peut-on même qualifier du nom d'hypothèse l'indication d'une analogie qui n'est donnée que comme probable ?

Malgré le rapport lucide de M. Breschet, certains membres de l'Académie ont prétendu, je ne sais trop comment ni pourquoi, que j'attribuais les granulations grises des poumons malades à des entozoaires, à des vers, à des acéphalocystes, chose que personne, assurément, ne trouvera dans mon mémoire. Ce n'est pas à des entozoaires que j'attribue l'origine des tubercules pulmonaires chez les phthisiques; mais puisque plusieurs personnes, non assez versées sans doute dans les sciences naturelles, semblent prendre pour des entozoaires les productions du monde extérieur auxquelles j'ai comparé les granulations grises, qu'il me soit permis de dire un mot sur ces productions.

Les botanistes, comme les zoologistes, ont décrit un grand nombre d'êtres équivoques, qui sont placés aux confins des deux règnes organiques, sans être ni plantes ni animaux, et pour lesquels plusieurs naturalistes ont établi un règne intermédiaire. Une partie de ces êtres se présente sous forme arrondie, ou vésiculaire comme les genres gloubline, de M. Turpin; *protococcus*, d'Agardh; *palmella*, de Lyngbye. Une autre partie se présente sous forme filamenteuse, comme les genres byssus, oscillaire, batrachosperme, et en général toute la classe d'êtres désignés sous le nom collectif de némazoaires. Ces productions diffèrent des vrais animaux en ce que la sensibilité et la motilité (caractères essentiels de l'animalité) leur manquent; elles diffèrent des végétaux par leur composition chimique, qui est azotée. Elles sont parasites pour la majeure partie; elles se reproduisent tout

simplement par gemmes ou sporules, et ne sauraient nullement être confondues avec les helminthes, dont l'animalité n'est pas équivoque, et qui sont placés bien plus haut dans l'échelle des êtres organisés. C'est entre la seconde catégorie de ces productions (celles qui ont une forme filamenteuse) et les granulations grises que j'ai signalé une certaine analogie, et cette analogie ne peut pas être méconnue quand on a égard à la structure microscopique du tissu tuberculeux (1). Ainsi, on a eu tort de croire ou de prétendre que j'attribuais l'origine des tubercules pulmonaires à des entozoaires et que je reproduisais tout bonnement les idées de J. Baron, lequel effectivement n'avait donné qu'une pure hypothèse. Au surplus, il m'est permis de penser qu'après m'être occupé pendant six ans de ce sujet, et après avoir observé les tubercules dans tous les organes possibles et sur une foule d'animaux, je pouvais présenter quelque chose de plus qu'une hypothèse.

M. Rochoux me reproche de n'avoir pas observé les granulations grises à leur début, lorsqu'elles ne sont encore que comme des grains de sable, gélatineux et rougeâtres, et il ajoute que je n'ai pas véritablement connu la tuberculisation. Mais M. Rochoux fait voir qu'il ne connaissait ni le but ni le contenu de mon travail; car il ne s'agit, dans mon mémoire, ni de la grosseur ni de l'aspect primitifs des granulations grises, mais bien de leur structure microscopique, qu'elles soient ensuite seulement commençantes ou déjà avancées. Je connaissais fort bien les recherches de M. Rochoux, et il y a plus de quatre ans que j'ai eu occasion de lire son mémoire dans le *Bulletin* de M. de Férussac. Bien que M. Rochoux ait déjà prétendu alors que le sujet était épuisé, je n'ai pas pu être de son avis, et, après la lecture de son mémoire, je me suis adressé les questions suivantes: 1° Les petits corpuscules que l'auteur décrit, sont-ils bien l'origine des granulations grises, ou sont-ils un produit tout particulier? 2° S'ils sont l'origine des granulations grises, pourquoi M. Rochoux ne dit-il rien de leur passage successif à l'état de granulation? Il a dû observer des états intermédiaires? 3° Les petits corpuscules sont toujours isolés, tandis que les granulations grises sont ordinairement réunies par plusieurs et liées entre elles, de manière à former souvent des immenses grappes tenant ensemble et ne constituant qu'un seul corps. Comment M. Rochoux explique-t-il cela? Ces corpuscules se réuniraient-ils par la suite et contracteraient-ils des adhérences entre eux; ou bien finiraient-ils par se ramifier en grappes? car enfin M. Rochoux ne parviendra à faire valoir son opinion que quand il aura prouvé comment ces petits corpuscules se transforment successivement en granulations grises, dont la forme est botryoïde.

M. Bouillaud me fait une autre objection. Il dit que si j'avais étudié les tubercules dans d'autres organes que le poumon, je ne les aurais pas attribués aux granulations grises, qu'on ne rencontre que dans ce dernier organe. Cette remarque, plus spécieuse que juste, mérite une réponse un peu détaillée, et va m'entraîner dans quelques explications sur ma manière d'envisager les tubercules en général.

Les anatomo-pathologistes semblent toujours être partis de l'idée que les tubercules reconnaissent tous un même mode de formation et de développement, que leur origine est toujours identique et leur nature la même, n'importe dans quel organe, dans quel animal et sous quelle forme on les observe. Mais il n'en est pas ainsi, et cette vérité ne tardera sans doute pas à être généralement reconnue, grâce au zèle qu'on met aujourd'hui à approfondir cette importante question. L'origine des tubercules tient à des causes variées, et c'est selon ces causes que les tubercules eux-mêmes diffèrent sous le rapport de la forme, du volume, de la couleur, de la structure, etc. Il faudra en venir à distinguer, dans l'histoire des tubercules, des espèces et des variétés, si l'on veut que la confusion cesse et qu'il y ait un jour une véritable histoire scientifique de ces productions remarquables. Mes travaux sont depuis long-temps dirigés vers ce but, et j'ai entrepris de décrire dans une série de mémoires les diverses espèces de tubercules que j'aurai été à même d'étudier sur l'homme et les animaux. Chacun de ces mémoires aura pour objet une espèce particulière. Ainsi, dans le premier travail que j'ai présenté à l'Académie de médecine, il y a trois ans, j'ai étudié les acéphalocystes en général et particulièrement l'espèce qui se rencontre dans divers organes de la race bovine. J'ai fait voir que les acéphalocystes peuvent déterminer de gros tubercules enkystés, et je suis parvenu par une suite d'observations long-temps et patiemment continuées, à dévoiler le mode de formation de ce genre de tubercules. En effet, l'acéphalocyste détermine autour d'elle, à l'instar de tout autre corps étranger, la formation d'un kyste; de ce kyste il suinte une matière jaune, caséeuse, tuberculeuse, qui, en s'accumulant, refoule peu à peu l'acéphalocyste et finit par effacer tout-à-fait cette dernière, dont on ne retrouve plus, en dernière analyse, que la pellicule noyée, en quelque sorte, dans la matière tuberculeuse. Voilà donc une espèce de tubercule toute particulière, caractérisée par son kyste et par la pellicule de l'acéphalocyste qu'on y retrouve en délayant la matière tuberculeuse dans l'eau. Il est donné à chacun de constater ces faits; car les tubercules acéphalocystiques sont très-communs dans le poumon et le foie de la race bovine, et personne, certe, ne sera tenté de les confondre avec les tubercules qui produisent communément la phthisie pulmonaire chez l'homme.

Cette seconde espèce, la plus importante à connaître pour le médecin, fait l'objet de mon deuxième mémoire, de celui qui a donné lieu à la discussion actuelle. Elle n'est point due à des acéphalocystes ou à des helminthes, mais elle naît d'une production particulière, *sui generis*, je veux parler des granulations grises, dont il a déjà été question plus haut. Elle est très-distincte de la précédente espèce: d'abord elle n'est point enkystée, puis elle ne contient pas de débris d'une pellicule acéphalocystique; de plus, elle a une grande tendance à se ramollir, tandis que la première ne se ramollit jamais et devient au contraire toujours plus compacte par suite des concrétions calcaires qui s'y forment. Enfin les tubercules qui se développent dans le poumon de l'homme sont petits, ordinairement agglomé-

(1) C'est uniquement des tubercules pulmonaires, qu'on observe chez les individus phthisiques, qu'il est ici question.

rés ou réunis par continuité de tissu, et n'ont rien de bien régulier dans leur forme, tandis que les tubercules acéphalocystiques sont toujours assez gros, bien arrondis et tous parfaitement isolés.

Mais ces deux espèces de tubercules ne sont pas les seules que je puisse signaler : j'en connais plusieurs autres bien distinctes, et dont je me propose de présenter des descriptions à l'Académie de médecine. Ainsi mon troisième mémoire traitera d'une espèce de tubercule très-remarquable, qu'on rencontre dans le poumon de la race bovine. Ce sont de grosses granulations comparables aux granulations grises, mais plus distinctes et plus disposées l'une à côte de l'autre, avec une certaine régularité ; enveloppées d'une espèce de kyste, et remplies d'une matière gélatiniforme ; elles aboutissent toutes, par des conduits de communication, à un réservoir commun qui est rempli de la même substance gélatineuse, au milieu de laquelle on voit des noyaux tuberculeux se former, ou de gros tubercules déjà exister.

Le ver vésiculaire (cysticercque), qui infeste souvent les chairs du cochon et produit la maladie connue sous le nom de ladrerie, est sujet à dépérir, et laisse ensuite des noyaux tuberculeux au milieu desquels on trouve les débris du ver en question. Le tissu cancéreux et le tissu du sarcôme médullaire engendrent fréquemment de la matière tuberculeuse, et doivent conséquemment être comptés parmi les produits générateurs des tubercules. J'ai eu occasion d'examiner, il y a quelques années, un moufion qui venait de mourir au Jardin des Plantes ; son poumon contenait une grande quantité de tubercules d'un aspect jaunâtre ; tous ces tubercules étaient creux et contenaient dans leur intérieur un liquide visqueux, transparent. En examinant le tout au microscope simple, je n'ai pas été peu frappé de voir que le liquide visqueux fourmillait de petits vers en tout semblables, pour la grandeur, la forme et le mouvement, aux vibrions que l'on observe dans le vinaigre. La présence de ces vers n'était pas due à la décomposition, puisque le moufion venait de mourir, et que tous les organes étaient encore frais. Ici les tubercules ne semblaient être que des coques destinées à contenir les vers. Quoi qu'il en soit, ce genre de tubercules m'a paru un des plus curieux, et je ne tarderai pas à en publier la description avec des figures.

Il y a donc différentes espèces de tubercules, et cette diversité d'espèces est établie, comme on voit, sur l'origine et la structure de ces produits singuliers. Je déduis en outre de mes observations que chaque espèce affecte de préférence un certain animal ou un certain organe, comme cela se voit aussi pour les êtres parasites. Ainsi les granulations grises se développent dans le poumon de l'homme, absolument comme le cœnure cérébral se développe dans le cerveau des agneaux, et non pas dans un autre organe. On aurait donc tort de vouloir prétendre que les granulations grises ne sont pour rien dans la production des tubercules pulmonaires, par la raison que ces granulations ne se rencontrent pas dans les autres organes également sujets à être affectés de tubercules ; car, si partout ailleurs il n'y a pas de granulations grises semblables à celles du poumon, il y a un autre tissu générateur ou une autre condition organique pour y déterminer la dégénérescence tuberculeuse. Ainsi, pour ne citer qu'un ou deux faits contre l'objection de M. Bouillaud, on trouve fréquemment dans le foie du lapin des tubercules ramifiés et qui se forment aux dépens d'une matière grisâtre semi-transparente, très-analogue à la matière des granulations grises. On peut aussi voir, en examinant les tubercules qui siégent dans les glandes lymphatiques des enfans scrophuleux, que ces tubercules sont enveloppés d'une couche de matière grisâtre semi-transparente. Cette matière se tuberculise par sa face interne, tandis qu'elle empiète, par sa face externe, sur le tissu de la glande, de telle sorte qu'il en résulte souvent d'immenses tubercules. Eh bien ! cette coque de matière grisâtre n'est-elle pas l'analogue des granulations grises du poumon ? Ainsi que ces dernières elle constitue le tissu générateur du tubercule.

Au reste, il serait presque oiseux de vouloir démontrer que les granulations grises du poumon engendrent les tubercules pulmonaires, car il suffit de l'observation la plus simple pour s'en convaincre. M. Bouillaud doit savoir aussi bien que qui que ce soit, 1° que, dans un grand nombre de granulations grises, on peut apercevoir des points opaques déjà tuberculisés, le reste de la granulation conservant encore sa demi-transparence ; 2° qu'il y a d'autres granulations à moitié converties en matière tuberculeuse, ou dont tout l'intérieur est tuberculisé de telle manière, qu'il n'en reste plus qu'une mince enveloppe non encore transformée ; 3° qu'il y a des granulations qui sont tout-à-fait converties, tandis que les granulations voisines, auxquelles elles sont unies par continuité de tissu, sont encore intactes, et que conséquemment on ne peut refuser à ces granulations la propriété d'engendrer des tubercules.

Telles sons les observations que j'ai cru devoir faire sur ce qui a été dit à l'Académie de médecine. Mais avant de terminer ces lignes, et pour faire part de toute ma manière de voir, je dirai que je regarde ces tubercules comme étant toujours le résultat d'une production parasite quelconque qui subsiste par elle-même dans les organes de l'homme et des animaux, et qui végète aux dépens de ces organes. La tuberculisation est regardée par moi comme étant un dépérissement soit partiel, soit complet de la production parasite ; souvent le parasite dépérit au centre, à mesure qu'il fait des progrès à la circonférence. Ce dépérissement semble tantôt être la mort naturelle du parasite, et d'autres fois il paraît déterminé par la réaction organique. Les tubercules eux-mêmes seraient donc la partie morte ; ils sont toujours inertes, et déterminent souvent, par la fonte purulente qu'ils subissent, une fièvre hectique chez l'individu ou l'animal qui en est atteint. KUHN, D.-M.

Extirpation des os maxillaire supérieur et palatin gauches, pour un ostéosarcôme de la voute palatine de ce côté. — Guérison. — Observation recueillie à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Blandin et rédigée ; par M. BOYER, interne.

OBS. — La malade qui fait le sujet de cette observation, ne présente dans les circonstances antérieures à la maladie pour laquelle elle est venue réclamer des soins à l'hôpital Beaujon,

rien qui puisse nous offrir un grand intérêt ; âgée de 55 ans, veuve, mère de plusieurs enfans, n'ayant connaissance d'aucune affection de nature cancéreuse dans sa famille ; elle a toujours joui d'une santé parfaite, sauf quelques douleurs rhumatismales disparues depuis long-temps et qui n'ont duré que cinq ou six mois.

Elle ne reporte qu'à six mois de date l'origine du mal dont elle est atteinte. A cette époque seulement une des grosses molaires supérieures du côté gauche devint le siége de vives douleurs, ne tarda pas à s'ébranler et tomba en laissant une ouverture qui depuis ne s'est jamais fermée.

Bientôt deux petites tumeurs de consistance charnue se développèrent sur les côtés de l'alvéole vide ; un chirurgien consulté pratiqua sur ces deux petites tumeurs une légère opération, dont la malade ne peut nous préciser la nature ; nous ignorons s'il en fit la ponction comme de simples abcès, ou s'il les enleva complétement ; quoi qu'il en soit, il paraît qu'il ne s'en écoula que du sang, et que bientôt elles offrirent un volume égal à celui qu'elles avaient auparavant. Depuis lors leur accroissement n'a pas cessé.

Le 11 mars la malade est entrée à l'hôpital : elle offre à la voûte palatine une tumeur qui s'étend, d'avant en arrière, depuis le bord alvéolaire jusque à l'insertion du voile du palais, et transversalement depuis la ligne médiane jusques en-dehors du rebord alvéolaire gauche dont il n'existe plus de trace. Les dents, les gencives existent seules de ce côté.

Cette tumeur molle fournissant continuellement un pus sanieux, fétide, saignant au moindre contact, d'une couleur rose-pâle, présente dans son milieu une ouverture fistuleuse à travers laquelle un stylet peut pénétrer dans la cavité du sinus maxillaire ; elle fait saillie du côté de la joue, qui est elle-même un peu soulevée, mais elle ne l'envahit point encore, le tissu de la joue est sain, mais on sent qu'au-dessous la tumeur se continue, d'une part, jusqu'à la base de l'orbite, de l'autre, jusqu'au sillon nasal ; enfin jusqu'à la partie postérieure de la tubérosité molaire. Le globe de l'œil n'est point encore dévié, il n'existe aucun ganglion engorgé soit à la base de la mâchoire, soit le long de la partie latérale du col.

La malade ne paraît pas souffrir beaucoup, cependant elle éprouve parfois des élancemens surtout incommodes lorsqu'elle est debout ; au début elle a eu pendant quelque temps des douleurs de tête qui ont promptement cessé.

Sa santé ne paraît point encore profondément altérée ; elle tousse un peu et rejette souvent soit les matières provenant d'une bronchite légère, soit le pus fétide continuellement fourni par sa tumeur ; son teint est tel qu'il est d'ordinaire chez les femmes de son âge et de sa condition ; elle mange avec appétit, digère bien ; mais l'odeur et l'âcreté des matières dont la bouche est souillée, qui s'attachent à sa gorge, qui altèrent les alimens, sont pour elle un supplice dont elle demande à être délivrée.

Quelle est l'origine de son mal ? quelle est sa nature ? quelle doit être sa marche ? quel traitement convient-il de lui opposer ?

La tumeur doit avoir pris naissance dans le sinus maxillaire. L'ébranlement et la chute d'une première dent, puis l'apparition de la tumeur au-dehors sous forme de deux petites saillies, situées sur les parties latérales de l'alvéole vide ; la chute successive des autres dents ; l'extension du mal à toutes les parties voisines ; enfin, l'exploration directe à l'aide du stylet : tout confirme cette idée. Nous savons d'ailleurs que telle est la marche ordinaire des tumeurs de cette région, quelle que soit leur nature, qui tendent toujours à déformer, à détruire les parois osseuses qui sembleraient devoir les limiter.

Le tissu osseux est détruit ; son élément calcaire a disparu ; on ne retrouve plus que la partie organique, altérée dans sa structure, dans sa composition, présentant réunis tous les caractères du tissu fongueux ; c'est à n'en pouvoir douter un ostéosarcôme des mieux caractérisés.

La tumeur s'est accrue rapidement ; elle s'accroîtra encore, toujours, et finira par déterminer la mort de la malade.

Une seule ressource existe, l'extirpation. Mais quelle étendue de parties ne faudra-t-il pas enlever pour dépasser les limites du mal ? A quels dangers n'exposeront pas la malade, et l'ébranlement du cerveau sous l'action des instrumens qui devront agir sur les parties osseuses de la face, et la section de nerfs volumineux si près de leur origine, et la section d'artères d'un calibre considérable au fond d'anfractuosités osseuses où elles se dérobent facilement à l'action de tous les moyens hémostatiques ?

Toutes ces considérations sont graves ; une seule cependant suffit pour les faire négliger toutes. La mort est inévitable ; elle est prochaine.

D'ailleurs, l'expérience semble jusqu'à un certain point les combattre. Des opérations analogues, quoique moins étendues, ont déjà été pratiquées par MM. Dupuytren, Gensoul, Velpeau, Blandin lui-même, par d'autres chirurgiens encore, tout récemment M. Deguise, et souvent le résultat a été heureux. On ne doit pas mesurer l'étendue de la plaie d'après le volume de la partie qu'il faudra enlever ; elle ne se continue avec le reste de l'organisme que par un certain nombre de points principaux ; elle est en plusieurs endroits limitée par des surfaces naturelles.

Mais la récidive ! Ici nous n'avons qu'un mot répondre ; elle est douteuse. Sans opération, la mort est certaine.

L'opération est décidée.

En attendant on donne à la malade une tisane pectorale, un julep, un gargarisme émollient, le quart.

Cependant quelques légers accidens inflammatoires, développés du côté du pharynx, forcent à différer l'opération de quelques jours. Pendant ce temps, on voit la tumeur marcher, franchir la ligne médiane, et présenter sur le maxillaire droit un petit tubercule fongueux qui n'existait pas lors de l'entrée de la malade. Cette rapidité dans l'extension du mal confirme à la fois le diagnostic, le pronostic et les conclusions que l'on avait posées relativement aux moyens curatifs. Le petit doigt, introduit par l'ouverture fistuleuse que présente la tumeur, pénètre facilement dans le sinus en écartant les parties affectées, et ne sent autour de lui que des fongosités plus ou moins mollasses, aucun point véritablement osseux.

Un abondant écoulement de sang suit cette dernière exploration.

On procède à l'opération le 18 mars au matin.

La malade est assise sur une chaise solide en face d'une fenêtre, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide. Le

chirurgien debout se place devant elle ; les aides sont disposés à l'entour, et chargés, les uns de veiller à l'immobilité de la malade, les autres de présenter et de reprendre les nombreux instrumens nécessaires à l'opération.

Une incision oblique de 4 pouces d'étendue environ, partant du voisinage de l'angle externe de l'œil sur l'os de la pommette, vient, en divisant toute l'épaisseur de la joue, se terminer sur la lèvre supérieure, à quelques lignes de la commissure. On lie immédiatement les deux bouts de la coronaire, les deux chefs de ces deux ligatures sont coupés contre le nœud, et l'on continue. Sur le côté interne de cette incision on dissèque les parties molles de la joue directement en dedans, jusqu'au sillon nasal, en séparant le cartilage du nez du bord antérieur de l'os maxillaire en bas, jusqu'au-delà de la cloison des fosses nasales, de manière à déjeter en quelque sorte les extrémités du nez sur le côté opposé, en haut jusqu'à la base de l'apophyse montante de l'os maxillaire, et au rebord de l'orbite ; on sépare le plancher de l'orbite de la couche graisseuse qui le recouvre.

Sur la lèvre externe de la plaie, on dissèque les parties molles jusqu'à la commissure et jusqu'au muscle masseter, de manière à pouvoir largement écarter l'un de l'autre les deux lambeaux, qui permettent alors de voir toute l'étendue du mal à découvert.

Alors on porte, sur la face antérieure et externe de l'os malaire, un trait de scie dirigé de manière à venir tomber dans la fente orbitaire externe. La couche de tissu compacte étant sciée, la gouge et le maillet achèvent la section de ce point.

Avec de longs et forts ciseaux droits, on divise d'arrière en avant, le long de sa base, toute la cloison des fosses nasales. Le doigt indicateur du côté gauche introduit derrière le voile du palais, s'assure que la cloison est coupée dans toute son étendue.

On porte obliquement un trait de scie sur la base de l'apophyse montante de l'os maxillaire, au niveau de l'angle inférieur et interne de l'orbite. La gouge et le maillet prolongent cette section jusqu'à la partie postérieure de la cloison orbito-nasale.

Un bouchon est alors introduit entre les deux arcades dentaires du côté droit, afin d'empêcher la malade de fermer la bouche. Avec un bistouri pointu, le chirurgien incise la membrane muqueuse de la voûte palatine d'arrière en avant, depuis le voile du palais jusqu'au bord alvéolaire, au-delà du tubercule fongueux qui dépasse la ligne médiane ; puis, avec le même bistouri porté transversalement, il incise la base du voile du palais, de manière à la séparer du bord postérieur de la voûte palatine.

On arrache deux dents incisives situés au-delà de la ligne médiane, et sur l'alvéole de la seconde on porte un trait de scie qui divise la partie antérieure du bord alvéolaire. La gouge et le maillet prolongent cette section jusqu'à la partie postérieure de la voûte palatine, en suivant le trajet de l'incision de la muqueuse.

La gouge est alors appliquée en dévant de l'apophyse ptérigoïde, de manière à la séparer de l'os palatin, et à venir tomber dans le trou sphéno-palatin, au fond de la cavité zigomatique.

Cette vaste pièce osseuse ne tient plus au reste du squelette de la tête, que par une petite portion du plancher de l'orbite, voisine du point où l'os palatin en fait partie, entre la fente orbitaire externe et les limites postérieures de l'incision faite sur l'angle interne. Elle est composée de tout un os maxillaire supérieur, moins son apophyse montante ; de tout un palatin, sauf son apophyse supérieure et postérieure située en arrière du trou sphéno-palatin, et peut-être aussi sa tubérosité restée enclavée entre les deux lames de l'apophyse ptérygoïde ; d'une portion de l'apophyse palatine du maxillaire opposé ; de la partie inférieure de la cloison des fosses nasales ; d'un cornet inférieur ; d'une petite partie de la portion de l'os ethmoïde nommée *os planum*, enfin d'une portion de l'os malaire.

On l'ébranle alors avec la gouge successivement portée dans les diverses incisions, et la saisissant avec de fortes pinces de Museux, on la luxe en bas ; puis avec de forts ciseaux recourbés sur le plat, on incise les parties molles qui peuvent encore la retenir, et on l'extrait définitivement. On voit alors une vaste cavité dans laquelle se confondent la bouche, les deux fosses nasales, le sommet de la fosse zigomatique et la base de l'orbite.

Dans cette opération le nerf sous-orbitaire a été coupé deux fois, d'abord à la sortie du canal sous orbitraire, ensuite à son entrée ; l'artère également. D'autres branches de la maxillaire interne doivent avoir été coupées profondément, notamment l'artère palatine ; cependant il ne s'écoule que fort peu de sang ; en vain l'on essaye de lier deux petits rameaux dont l'hémorrhagie s'arrête bientôt spontanément. La malade exaspérée par la longueur de l'opération, n'a cependant pas témoigné de très-vives douleurs, si ce n'est au moment où l'on a dû relever le globe de l'œil pour inciser la base de l'apophyse montante et le plancher de l'orbite.

Au moment où l'on a luxé en bas, le plancher de l'orbite s'est fracturé en avant du point par lequel il se continuait encore avec le reste du squelette ; il reste postérieurement une petite portion de la lame osseuse qui le compose. Le périoste en paraît un peu altéré, grisâtre, on l'enlève avec les forts ciseaux courbés dont nous avons déjà parlé. On enlève de même et pour la même raison la lame interne de l'apophyse ptérigoïde, de telle sorte que les fibres du muscle ptérigïdien interne se voient à nu au côté externe de la plaie.

Après avoir soigneusement abstergé toute l'étendue de la plaie et s'être assuré qu'il ne s'écoule plus de sang, on réunit les deux lambeaux de la joue au moyen de huit épingles en acier terminées en fer de lance, et de la suture entortillée pratiquée comme pour l'opération du bec de lièvre. La joue réunie ne présente presque pas de dépression ; on applique une fronde. La malade est reportée dans son lit. On lui prescrit une tisane, une infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger avec sirop diacode, une demi-once, deux pots ; un julep avec sirop diacode, une once ; diète.

En examinant la tumeur, on reconnaît en elle les caractères qu'on lui avait assignés avant l'opération ; elle avait envahi et détruit la presque totalité de l'apophyse palatine, toute l'arcade dentaire, la tuberosité malaire du maxillaire gauche. Elle remplissait toute la cavité du sinus ; elle se prolongeait un peu sur l'os maxillaire du côté opposé, et un peu

aussi à la face interne de la joue. Afin de conserver intacte la pièce d'os emportée, on n'a point coupé la tumeur, pour s'assurer du tissu qui la compose, ce qui offre d'ailleurs peu d'intérêt. Il y a tout lieu de penser qu'elle doit être formée de tissu squirrheux. Dans un cas analogue qu'il avait opéré précédemment, M. Blandin avait trouvé la tumeur formée de tissu colloïde.

Les suites de cette opération nous ont offert une simplicité extrême. Le premier jour, un crachotement sanguinolent qui ne présentait nullement le caractère d'une hémorrhagie, qui a presque complétement cessé le soir même, qui a disparu le lendemain. Peu ou point de douleur, pas de fièvre. Le troisième jour seulement le pouls s'est élevé à 114 pulsations, pour tomber dès le lendemain à 96. La malade a dormi assez tranquillement. On a dû, le lendemain de l'opération, déboucher avec un peu d'eau les narines obstruées par du sang et des mucosités desséchées.

Le troisième jour, 20 mars, avec l'élévation du pouls que nous venons de noter, ont coïncidé un peu de tuméfaction et de douleur de la joue, un peu d'œdème de la paupière inférieure, un peu de gonflement dans le fond de la plaie; d'ailleurs pas de céphalalgie. La malade a reposé tranquillement pendant la nuit. L'inflammation s'est donc maintenue dans les limites strictement nécessaires à la cicatrisation.

Le 22 mars, quatre jours pleins après l'opération, la tuméfaction de la joue a diminué; l'œdème de la paupière est moindre. On enlève les sept épingles supérieures, en laissant l'épingle inférieure, que l'on enlève elle-même avec le fil le lendemain, 23 mars. La plaie est alors parfaitement réunie dans toute son étendue. (On accorde à la malade deux bouillons de poulet.)

Le 24. L'œdème de la paupière a disparu; on remarque un peu de larmoiement qui cesse dès le 25. La joue n'est plus tuméfiée; les piqûres d'épingles suppurent. Depuis ce jour-là jusqu'à parfaite guérison, on fait chaque matin de larges lotions et injections d'eau tiède dans la bouche et les narines, afin d'enlever les mucosités qui s'y accumulent; leur quantité diminue de jour en jour.

Le 25. Une petite désunion se fit sur le trajet de la suture, un peu au-dessus de la lèvre; elle ne tarda pas à se réunir de nouveau. Nous ignorons si elle donna issue aux fils placés sur l'artère coronaire.

Aucune autre circonstance digne d'être mentionnée ne s'est présentée, si ce n'est peut-être un petit abcès qui, le 14 avril, proéminait vers la partie moyenne de la cicatrice, un peu en dehors, que l'on a ouvert et qui s'est promptement cicatrisé.

La malade est promptement arrivée à une alimentation assez forte, formée de potages, de purées, et autres mets qui n'exigent pas de grands efforts de mastication.

La parole d'abord gênée, de plus en plus distincte et est maintenant très-intelligible. Aujourd'hui 1er mai, la plaie dès long-temps réunie ne présente que fort peu d'enfoncement, l'œil n'est point enfoncé ni déprimé. La malade est complétement guérie; et s'il restait quelque chose à faire pour elle, ce serait à ceux qui s'occupent spécialement de pallier, par des moyens mécaniques, les infirmités humaines, qu'il appartiendrait de le tenter.

A la suite de cette observation, nos remarques doivent spécialement porter sur l'innocuité de l'opération et sur l'examen comparatif du procédé opératoire.

La simplicité des suites est venue justifier entièrement les espérances qu'avaient fait naître des opérations analogues, quoique moins étendues, notamment plusieurs de celles rapportées par M. Gensoul, et celles rapportées par M. Velpeau dans sa *Médecine opératoire*. Dans ces cas, comme dans les opérations de M. Dupuytren, ainsi que nous venons de le dire, il n'y a point eu d'hémorrhagie. La chose me paraît difficile à expliquer; mais le fait est constant et digne de remarque. Cette opération a déterminé si peu d'accidens que peut-être, le cas échéant, serait-il possible d'enlever la totalité de la mâchoire supérieure par le même procédé, d'autant plus que dans cette opération on serait dispensé de pratiquer la section de la voûte palatine.

Quant au procédé opératoire lui-même, nous avons plusieurs remarques à faire. D'abord, mettant de côté les incisions cruciales, propres tout au plus à découvrir la face antérieure du sinus, nous n'avons à comparer ensemble que la triple incision de M. Gensoul et l'incision oblique portant sur la commissure des lèvres, telle qu'elle a été pratiquée par M. Velpeau.

Le premier procédé présente de nombreux inconvéniens; il est plus long; sa solution de continuité est plus étendue; les chances de non-cicatrisation, d'érysipèle, occasionnées par le contact des épingles, plus grandes; la cicatrice nécessairement plus difforme. De plus, la branche externe de l'incision peut léser le conduit de Sténon. Enfin, nous avons directement remarqué sur le cadavre qu'elle ne permet pas de découvrir les os de la face dans une aussi grande étendue.

L'incision pratiquée sur la commissure se rapproche beaucoup de celle qui nous paraît devoir être préférée; il est cependant d'expérience que les plaies de cette région des lèvres se cicatrisent moins bien que celles de leur continuité, et c'est là ce qui a déterminé notre choix.

Pour pratiquer la section des os, les uns, comme M. Dupuytren, se servent presque exclusivement de la tenaille incisive; d'autres, M. Gensoul, de la gouge et du maillet. Il nous paraît que l'emploi combiné de la scie et de la gouge réunit toutes les conditions désirables de célérité, de sûreté dans l'opération; je croirais même aussi d'agrément, pour traduire le *jucundé* des auteurs; car le léger ébranlement occasionné par la scie portée à petits traits sur le tissu compact, ou la gouge agissant à petits coups, ne nous paraît pas comparable à l'ébranlement que cette dernière détermine lorsqu'on lui confie la section du tissu compact, non plus qu'au sentiment d'arrachement, de dilacération, qui accompagne l'action de cisailles, nécessairement très-volumineuses, sur des os épais qui ne cèdent souvent qu'en s'éclatant au loin.

Il est possible que nos raisons ne paraissent pas justes à tout le monde; mais ce n'est qu'après avoir plusieurs fois répété l'opération sur le cadavre d'après les divers procédés, et en se servant de ces divers instrumens que M. Blandin s'est définitivement arrêté au plan de conduite qu'il a si heureusement tenue.

Observation de hernie étranglée par le collet du sac et accompagnée de symptômes cholériques, par M. BRIQUET, agrégé en exercice, médecin du bureau central.

Obs. — M. Couturier, âgé de 59 ans, homme très-irritable et d'une structure fort grêle, porte une hernie inguinale depuis l'âge de 16 ans. Pendant près de 36 ans qu'il resta sans porter de bandage, elle ne prit que peu de volume et se réduisit toujours avec facilité. Il y a huit ans qu'à l'occasion d'un effort cette hernie s'étant étranglée, quelques accidens s'ensuivirent, et le malade se détermina à porter continuellement un bandage.

Le 23 décembre 1833, pendant un mouvement d'élévation des membres supérieurs, la hernie glissa sous le brayer et ne put être réduite; une douleur dans l'aîne et des coliques se firent bientôt sentir.

Appelé huit heures après l'accident, j'observe les phénomènes suivans :

Au-dessus du pli de l'aîne, du côté gauche, il y avait une tumeur d'un volume médiocre, étendue obliquement depuis l'orifice interne du canal inguinal jusque vers le milieu du scrotum; elle avait à son origine une forme cylindrique, une consistance assez dure et beaucoup de sensibilité au toucher, tandis que dans le scrotum elle était sphérique, plus volumineuse, élastique et peu sensible à la pression.

Le ventre était souple, indolent partout, excepté vers le pli de l'aîne; les coliques continuaient à se faire sentir; quelques vomissemens d'alimens à demi digérés venaient d'avoir lieu; il n'y avait pas eu de garderobes depuis vingt-quatre heures. Le taxis convenablement pratiqué ayant été sans succès, le malade fut placé dans un bain, au sortir duquel il fut saigné jusqu'à la syncope. Pendant la défaillance, de nouvelles tentatives de réduction furent suivies de la disparition de la partie scrotale de la hernie; en même temps se fit entendre un bruit de gargouillement. L'autre portion résista, elle formait une tumeur cylindroïde située assez profondément dans la direction du canal inguinal, et semblait se continuer avec une autre tuméfaction dure, douloureuse, placée superficiellement au-devant et au-dessus du ligament de Fallope, et formée probablement par des ganglions inguinaux.

L'orifice externe de l'anneau inguinal était béant et on pouvait y introduire le doigt. Quelle était la nature de cette tumeur? Etait-ce une induration du tissu cellulaire de ces parties, produite par la pression du bandage? il y avait des ganglions inguinaux tuméfiés, et le malade se plaignait de sentir depuis quelques temps de la douleur et de la dureté au pli de l'aine.

Etait-ce une hernie étranglée dans le canal inguinal? Mais il n'y avait pas eu réduction en bloc; car le sac se trouvait encore dans le scrotum.

Dans cette incertitude, il n'y avait nul inconvénient à attendre; l'étranglement ne datait que de dix heures, et le ventre n'était pas douloureux.

Les émolliens sur la tumeur, un lavement laxatif et un second bain furent prescrits.

Mais bientôt les coliques augmentèrent en intensité et en fréquence; les vomissemens qui continuèrent se composèrent d'abord de matières bilieuses, puis ensuite de matières stercorales, et enfin se présenta une série de nouveaux accidens. Le pouls devient petit et fréquent; la chaleur de la peau diminua; les yeux s'enfoncèrent dans leurs orbites et perdirent leur éclat; la voix s'éteignit; les urines se supprimèrent, des crampes se firent sentir dans les membres inférieurs; les matières vomies se séparèrent très-promptement dans les vases en deux parties : l'une liquide, transparente, incolore, très-abondante, l'autre formant un dépôt d'un gris brunâtre à odeur fécale. Le lavement avait produit quelques selles. Le ventre restait souple et indolent; la tumeur inguinale était peu douloureuse.

C'étaient autant de phénomènes du choléra, qui vinrent d'abord augmenter l'incertitude dans laquelle on était; car avant que les vomissemens ne fussent composés des matières à odeur fécale, on pouvait croire que la hernie n'était pour rien dans les accidens nouveaux qui venaient de saisir le malade.

Mais une fois que les vomissemens eurent l'odeur fécale, toute incertitude disparaissait; il devenait évident qu'il y avait un obstacle au cours des matières contenues dans les intestins. Restait à savoir où était cet obstacle et quelles en étaient la forme et la situation. La tumeur indiquait qu'il se trouvait dans le canal inguinal. Quant à sa nature, il était probable que c'était le collet du sac qui pinçait l'intestin. En effet, il y avait eu une espèce de rentrée en bloc; l'anneau inguinal était libre et la douleur, ainsi que la tuméfaction, étaient peu prononcées au lieu de l'étranglement. Il y avait encore une difficulté : le malade était froid, sans voix, presque sans pouls; les doigts commençaient à se cyanoser; il ne paraissait plus rester qu'un souffle de vie. Pouvait-on, dans cet état de choses, tenter une opération?

Je fis appeler M. le docteur Bérard jeune, et M. le docteur Larroque voulut bien, en se joignant à nous, nous aider de ses conseils.

Le diagnostic porté d'abord fut pleinement confirmé; car en tirant en bas la partie du sac herniaire restée dans le scrotum, on attirait dans ce sens la tumeur inguinale; il était certain aussi que le malade périrait si on laissait subsister l'étranglement, tandis qu'il ne l'était pas également qu'il serait emporté par le choléra.

L'opération fut résolue et pratiquée de suite par M. Bérard.

La peau fut incisée de manière à découvrir l'anneau inguinal; sous elle se trouvaient placées plusieurs couches de tissu cellulaire disposées en lame : on les coupa, enfin on arriva au sac, qui fut ouvert; il était vide et ne contenait qu'une petite quantité de sérosité brunâtre et sanguinolente. Le sac étant ouvert, M. Bérard en saisit les deux lèvres avec ses doigts et exerça sur lui des tractions assez fortes en bas et en dedans, afin d'entraîner au-dehors le collet et les viscères qu'il maintenait étranglés. La tumeur placée dans l'abdomen, vers l'orifice intérieur du canal inguinal, parut d'abord céder à cette traction, ainsi que je m'en assurai en suivant avec les doigts le déplacement qu'elle éprouvait vers le canal inguinal; mais elle éprouva bientôt un obstacle à l'entrée de ce canal, et pour le vaincre M. Bérard ayant exercé une traction plus considérable, la tumeur disparut

tout-à-coup et le sac descendit seul. Il fut évident alors que les viscères herniés n'avaient pas suivi le mouvement de leur enveloppe, qu'ils s'étaient dégagés du sac, et que la réduction s'était opérée par un mécanisme analogue à celui que Pigrai a décrit et qui consiste à inciser la paroi abdominale au-dessus du lieu de l'étranglement, à passer les doigts par cette ouverture et à tirer sur l'intestin pour le faire rentrer dans l'abdomen. Pour nous assurer de l'exactitude de la réduction, le doigt fut introduit dans le canal inguinal; il pénétra librement jusque vers le niveau de l'orifice interne de ce canal, et ne fut arrêté que par un rétrécissement formé par une sorte de valvule circulaire molle placée à cet endroit, et percée à son centre d'une ouverture arrondie; le doigt traversa cet orifice, qui était libre, et alla jusque dans la cavité abdominale. Il n'y avait plus rien dans le sac herniaire; les environs du col du sac ne présentaient point d'obstacles; ils avaient cessé d'être douloureux; la tumeur inguinale avait complétement disparu, ainsi que je l'ai déjà dit; enfin, des vomissemens qui étaient revenus au moment où les tractions avaient été commencées sur le sac, cessèrent à l'instant même et ne se reproduisirent plus. Le but était donc atteint.

Mais le malade se trouvait dans un état déplorable. La circulation était tellement suspendue, qu'il ne s'écoula pas une goutte de sang pendant toute l'opération, et la sensibilité épuisée à tel point qu'elle semblait être devenue nulle. Le pouls était à peine perceptible aux artères radiales; la peau était froide, violette, et quand on la pinçait elle conservait l'impression des doigts. On fit un pansement simple et on chercha à ranimer le malade en lui donnant du vin chaud sucré, en le couvrant de flanelles et en réchauffant ses membres. Les vomissemens cessèrent pendant l'opération et ne reparurent plus ensuite; les coliques diminuèrent bientôt, puis survinrent des selles composées de matières fécales.

Le lendemain le malade était sous l'influence d'une réaction cholérique modérée, la peau était chaude, la face était ranimée, le pouls était relevé, il avait cent pulsations par minute; les crampes avaient cessé ainsi que les coliques, mais il y avait du mal-aise, de l'agitation, la soif était vive, les urines n'avaient pas encore repris leurs cours; le ventre était souple et indolent; il n'y avait pas eu de selles. Diète et boissons adoucissantes.

Les jours suivans la réaction cholérique diminua graduellement, la fièvre diminua, le ventre resta souple, les sécrétions se rétablirent; l'appétit commença à se prononcer, et la plaie se couvrit d'une suppuration peu abondante. Le malade commença à prendre des bouillons; peu à peu les phénomènes morbides se dissipèrent, la fièvre cessa, de façon qu'au 10 janvier la convalescence était décidée, et la plaie était fort rétrécie. Il survint vers cette époque un petit phlegmon à la partie latérale gauche du scrotum au-dessous de l'angle inférieur de la plaie déjà cicatrisée en ce point; il ne suppura que quelques jours. Enfin le 28 janvier la plaie était complétement guérie et le malade en très-bon état.

Ce fait offre d'assez nombreux sujets de réflexions parmi lesquels se distinguent surtout les suivans :

1° Les phénomènes du choléra le plus intense venant se joindre à ceux d'une hernie étranglée et contribuant à rendre plus difficile un diagnostic déjà difficile par lui-même : phénomènes disparaissant à l'aide d'un traitement approprié aussi rapidement qu'ils avaient apparu;

2° Etranglement d'une hernie par le collet du sac reconnu surtout par les tractions faites sur le scrotum, et enfin réduction de la hernie sans débridement; fait remarquable qui peut nous conduire à un mode particulier de réduction des hernies étranglées par le collet du sac. En effet placez le malade sur le côté de manière à ce que le fond du sac se trouve être la partie la plus élevée de la hernie, et au lieu de pousser la tumeur de l'anneau vers le ventre, tirez le sac de cet anneau vers le scrotum, il en résultera que les parties herniées tirées contre leur propre poids, tendront à ne pas suivre complétement le mouvement du sac, et que si la constriction qu'exerce le collet n'est pas trop forte, comme cela a lieu le plus habituellement, ces parties se dégageront de leur anneau, et ce dégagement sera d'autant plus facile que ces tractions auront été comme saccadées.

Le taxis se fera donc en tenant une conduite tout-à-fait opposée à celle qui convient pour les autres genres d'étranglement.

FIÈVRE INTERMITTENTE TRIPLE-TIERCE *survenue à la suite d'une hémorrhagie utérine et guérie par le camphre et l'opium, administrés d'après la méthode iatraleptique;* par A.-J. CHRESTIEN, D.-M. M.

Obs. — Ayant été appelé dans la nuit du 26 au 27 mars dernier, auprès d'une dame qui logeait dans un hôtel sur le quai Jemmapes à Paris et chez laquelle venait de se déclarer instantanément une hémorrhagie utérine très-abondante, je reconnus bientôt qu'elle ne concomitait pas avec un avortement, comme le pensait la malade qui se disait enceinte depuis deux ou trois mois; et la glace appliquée sur l'hypogastre, au moyen d'une vessie de porc, l'usage interne d'une limonade végétale et très-froide, l'abstinence de tout aliment, le silence, la position horizontale et le repos absolu furent les moyens que j'employai. Cette hémorrhagie s'arrêta, se reproduisit, menaça plus tard de se reproduire. Les mêmes moyens me permirent toujours d'en triompher, et madame d'E... touchait à son entière guérison, lorsqu'elle fut atteinte d'une fièvre intermittente triple-tierce, qui va faire le sujet de cette observation (1).

Ayant apris le 3 avril que madame d'E... avait eu, dans la matinée du jour précédent, de légers frissons qui s'étaient reproduits durant la nuit, je crus pouvoir les attribuer à la négligence qu'elle avait de se couvrir exactement et à propos, d'autant que la chaleur du corps, en succédant aux frissons, n'avait pas été anormale. Cependant j'augmentai le nombre de mes visites afin de voir par moi-même, mais la

(1) Les détails de l'hémorrhagie utérine trouveront place dans le *compte-rendu* que je publierai en juillet de la clinique des femmes en couche de l'hôpital Saint-Louis, sous les auspices du professeur Gerdy.

température du corps fut égale pendant tout ce jour-là, et madame d'E... se trouva très-bien.

Je ne fus pas peu surpris d'apprendre le 4, que dans la nuit, à peu près à la même heure que le 2, madame d'E... avait eu des frissons dont la durée fut plus longue. On eût dit que la maladie, participait des caprices de mon intéressante malade, ou qu'elle voulait se dérober à mon investigation. Logeant dans le même hôtel que la famille d'E..., je dis à la garde-malade de me prévenir s'il survenait encore quelque chose d'insolite, et vers minuit l'on vint me dire qu'un accès plus intense que les précédens venait de se manifester. Je trouvai en effet la malade dans un état dont je n'aurais pu me faire une idée exacte sans le voir : tant il est vrai que le médecin consciencieux et qui ne court pas uniquement après l'argent ne doit pas calculer le nombre de ses visites auprès de certains malades : à nous le devoir de guérir ou de soulager ; à nos malades celui de reconnaître nos services.

Je ne décrirai pas la pâleur cadavérique de la malade ni le froid glacial de tout son corps, le teint livide de ses lèvres et de l'extrémité des doigts sous-jacente aux ongles, ni le craquement convulsif de ses dents ; la gêne de sa respiration ni l'engourdissement de tous ses membres. Ce sont là des symptômes trop connus et trop caractéristiques du *rigor* que l'on observe si souvent dans les paroxismes des fièvres intermittentes, pour que je m'y arrête. Quand j'ai dit que je ne me serais pas fait une idée juste de cet état si je n'en avais été le témoin, c'est que je n'aurais pas supposé qu'une personne jeune et bien portante jusqu'au moment où elle avait été frappée d'une hémorrhagie presque foudroyante, qui, depuis lors n'avait été soumise à aucune des causes connues des fièvres intermittentes, pût devenir presque instantanément en proie à un accès aussi violent.

L'intensité toujours croissante des paroxismes fébriles me fit une loi impérieuse d'en arrêter la marche, et pourtant je ne savais pas au juste quelle était la nature de cette fièvre intermittente, dont je ne connaissais à peu près que le type. Je dis *à peu près*, car si le second accès n'avait pas eu lieu dans la nuit suivante, et s'il ne s'était fait sentir que dans la nuit du troisième jour, le type de la fièvre aurait été *quarte-doublé*. En outre, les paroxismes n'avaient présenté que la période du froid ; d'un autre côté, des fièvres intermittentes ne régnaient pas dans Paris, ou du moins les bulletins des hôpitaux n'en signalaient pas. Quelle thérapeutique devais-je employer?

Les caprices de la malade qui m'avaient tant et si souvent contrarié, alors que j'avais eu à combattre l'hémorrhagie utérine, me furent ici d'un grand secours en me révélant son tempérament ; car je n'avais jamais vu madame d'E... avant sa maladie. Je pensai dès-lors que la fièvre intermittente était sous la dépendance d'un état nerveux et qu'elle devait être combattue par les opiacés. Mais madame d'E... avait une répugnance à peu près invincible pour avaler quelque médicament que ce fût ; me rappelant alors les heureux résultats obtenus par le docteur J.-A Chrestien, mon parent et mon maître, de l'emploi des frictions avec la teinture anti-spasmodique dans le traitement de quelques fièvres intermittentes, je prescrivis une solution de 12 grains d'opium dans une once d'alcool et je fis frictionner la malade à la partie interne des cuisses, un nombre de fois suffisant pour que la dose de teintures fût consommée dans les vingt-quatre heures.

L'accès de la nuit du 4 au 5 fut à peu près semblable aux précédens.

Le 5. Il n'y eut pas d'accès dans la matinée, mais il ne devait pas y en avoir ou du moins il en avait peu paru le 3, à ce moment de la journée : aussi, je ne fis pratiquer les frictions que le soir ; mais certes, j'avais prié le pharmacien de profiter du loisir que nous laissait l'invasion de l'accès pour laisser plus long-temps l'opium en macération dans l'acool et de ne filtrer la dissolution qu'au moment où j'enverrais chercher la teinture.

Malgré tous ces soins, non-seulement le frisson se fit sentir dans la nuit du 5 au 6, mais l'accès de la matinée du 6 parut aussi. Il est pourtant vrai de dire qu'il ne correspondait pas tout-à-fait à celui du 4 ; car son invasion eut lieu une heure plus tard et son intensité fut beaucoup moindre.

Néanmoins, je doublai la dose de l'opium et j'ajoutai à cette base de la teinture anti-spasmodique un adjuvant employé souvent par l'auteur de la *méthode iatraleptique* : vingt-quatre grains d'opium et douze grains de camphre furent dissous dans une once d'alcool, et les frictions furent faites comme auparavant.

Madame d'E... ayant éprouvé dans la nuit du 6 au 7, et dans celle du 7 au 8, de légers frissons et le paroxisme fébrile ne devant pas se manifester, d'après le type de la fièvre, dans la matinée du 7, je ne puis attribuer encore aux frictions médicamenteuses qu'une diminution d'intensité ; mais le paroxisme qui devait se manifester dans la matiné du 8, n'ayant pas paru, on voit que la fièvre intermittente changea de type et fut réduite à celui de fièvre intermittente quotidienne. Les frissons que madame d'E... continua à ressentir pendant quelques nuits cessèrent bientôt ; et le 15 avril madame d'E... était à peu près rétablie. Elle jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

MAI 1834.

N° DU 1er.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. BOUILLAUD. Leçon du 26 avril 1834.

Péripneumonie ; emploi des émissions sanguines ; fièvres typhoïdes ; indications des chlorures ; de l'auscultation et de la percussion appliquées à l'étude des maladies des appareils circulatoire et respiratoire.

Le zèle du professeur et des élèves ne se dément pas. Dans l'amphithéâtre de la clinique, désert pendant le semestre d'hiver, se pressent chaque jour une foule d'élèves et de jeunes médecins qui, après avoir attentivement exploré les malades, viennent recueillir les considérations pratiques auxquelles se livre le professeur sur les différens cas soumis à son observation. Le siége, la nature des maladies et les indications curatives, tel est l'objet des conférences cliniques de l'hôpital de la Charité.

On ne saurait trop louer la rigoureuse précision avec laquelle M. Bouillaud s'attache à établir le diagnostic, qu'il regarde avec raison comme la principale source des indications thérapeutiques.

Depuis le 1er avril, quatorze malades atteints de pleuro-pneumonie ont été admis dans les salles de clinique, ils étaient en général très-gravement affectés. Les émissions sanguines ont été employées dans tous les cas. Le nombre des saignées et la quantité de sang à tirer chaque fois de la veine, ont été proportionnés à la constitution, à l'âge des malades et à l'étendue de la phlegmasie. Au moment de l'entrée du malade, une saignée de quatre palettes a été pratiquée ; si la douleur de côté était vive, on la faisait suivre presque immédiatement d'une application de sangsues sur le point douloureux ; le soir on rouvrait la veine ; on revenait à la saignée du bras deux ou trois fois les jours suivans, selon les cas. Cette médication, employée sans timidité, mais avec prudence, a eu les plus heureux résultats.

Des quatorze péripneumoniques admis depuis l'ouverture de la clinique, un seul a succombé. Déjà plusieurs ont quitté l'hôpital entièrement guéris ; les autres sont tous convalescens, à l'exception d'un seul, dont l'état peut inspirer encore quelques inquiétudes. Les préparations antimoniales, telles que le tartre stibié, le kermès minéral, l'oxyde blanc d'antimoine, n'ont été employées dans aucun cas. M. Bouillaud regarde les effets de ces préparations comme très incertains, et leur usage n'est pas toujours à l'abri de tout danger.

— Les fièvres typhoïdes que M. Bouillaud désigne par le nom d'entéro-mésentérites typhoïdes, sont beaucoup moins nombreuses que les péripneumonies. Deux malades seulement, atteints de cette affection, existent dans les salles ; l'un est convalescent, l'autre est encore assez gravement affecté. La langue est sèche et fuligineuse, la prostration est profonde, les traits sont altérés ; il y a diarrhée et contension du ventre. Ce malade présente, en un mot, tous les caractères des fièvres graves des auteurs. Un phénomène digne de remarque, et sur lequel M. Bouillaud a appelé l'attention de ses élèves, c'est l'alcalescence que présentent les urines des individus atteints de cette affection. Il a constaté l'existence de cette altération chez un grand nombre de malades affectés de fièvre typhoïde. Chez le sujet en question, nous avons vu les urines ramener au bleu le papier de tournesol rougi par un acide. La même expérience a été renouvelée chez d'autres malades atteints de différentes phlegmasies des organes digestifs ou respiratoires ; mais leurs urines n'ont rien présenté de semblable ; c'est là un signe de cette tendance à la décomposition putride, qui est un des caractères principaux de l'entéro mésentérite typhoïde. Pour la combattre, M. Bouillaud fait usage du chlorure, qu'il regarde, non comme un spécifique, mais simplement comme une substance désinfectante. C'est à ce titre qu'il l'emploie également dans l'angine couenneuse, la gangrène du poumon et certaines varioles dites malignes.

Le malade dont nous avons parlé plus haut prend chaque jour deux pots d'eau de gomme, avec addition de 25 gouttes de chlorure de soude par pinte. On arrose avec la même solution les cataplasmes qui sont journellement appliqués sur le ventre. Plus tard les bains chlorurés seront aussi employés.

M. Bouillaud combat l'opinion de certains pathologistes qui rangent parmi les fièvres typhoïdes, quelques irritations lé-

gères des voies digestives qui se présentent avec les symptômes des fièvres bilieuse ou muqueuse, et même certains embarras gastriques. Ces dernières affections n'ont aucune gravité, elles se terminent toujours heureusement. On conçoit, dès lors, que la proportion de la mortalité doit être nécessairement moindre dans les tableaux statistiques présentés par les observateurs.

M. Bouillaud, qui ne range parmi les entéro-mésentérites typhoïdes, que les affections caractérisées anatomiquement par l'inflammation des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, avec tendance à la décomposition putride, a obtenu, depuis deux ans, des résultats assez heureux. Sur 33 malades, il n'en a perdu que trois. Les saignées générales et surtout les émissions sanguines locales, sont les moyens thérapeutiques les plus propres à enrayer la marche, ou du moins à atténuer les symptômes graves des affections typhoïdes. C'est sous l'influence de cette médication, qu'il a obtenu les résultats que nous venons de faire connaître.

— Après avoir passé en revue les principaux malades couchés dans les salles, M. Bouillaud consacre la dernière partie de la leçon clinique, à des considérations générales sur la sémeïotique. Il s'est occupé, dans les leçons précédentes, de l'auscultation et de la percussion appliquées à l'étude des maladies de l'appareil circulatoire. Pour terminer tout ce qui se rattache à ce sujet, il dit quelques mots sur l'auscultation des femmes enceintes. C'est M. Kergaradec qui a le premier fait connaître les résultats de l'auscultation pratiquée à certaines époques de la grossesse.

En appliquant l'oreille nue ou armée du cylindre, sur les parois abdominales d'une femme parvenue au cinquième mois de la gestation, on entend sur l'une des parties latérales un bruit de soufflet, et sur le côté opposé un double bruit produit par les battemens du cœur du fœtus. Les battemens sont faibles et fréquens, appréciables néanmoins vers la fin du quatrième mois de la gestation. Le cœur du fœtus bat alors de 160 à 270 fois par minute. Plus tard, à mesure que le fœtus acquiert du développement, les pulsations sont plus fortes et moins fréquentes, et par conséquent plus facilement appréciables. Ce phénomène est très-manifeste vers le septième ou le huitième mois. Le cœur ne bat plus alors que 148 à 150 fois par minute.

Tout le monde est d'accord sur l'origine de ce bruit que révèle l'auscultation. Mais il n'en est pas ainsi du bruit que l'oreille perçoit du côté opposé, et qui a été désigné sous le nom de *souffle placentaire*. On a pensé d'abord qu'il était produit par le passage du sang dans les vaisseaux du placenta; mais ceci n'est qu'une pure hypothèse. Il paraît extrêmement probable que le bruit est le résultat de la compression exercée par l'utérus développé sur le trajet des principaux troncs artériels contenus dans l'excavation du bassin; car un phénomène semblable a été constaté dans les cas où une tumeur était développée dans les fosses iliaques, et comprimait les artères du même nom. Tout récemment encore des médecins de l'école américaine ont constaté l'existence d'un bruit de soufflet qu'ils appellent encéphalique au niveau des fontanelles chez les enfans, dont la masse cérébrale et par conséquent les vaisseaux qui rampent à sa surface étaient comprimés par un épanchement formé au sein des ventricules.

Chez une femme actuellement couchée dans les salles de la clinique, et qui est arrivée au septième mois de la gestation, le double phénomène dont il est ici question a été constaté; et l'on a remarqué que le souffle dit placentaire était beaucoup moins tranché, lorsque le décubitus avait lieu sur le côté opposé.

Quoi qu'il en soit, il est utile, dans certains cas, de pratiquer l'auscultation chez les femmes enceintes. C'est ainsi que l'on peut s'assurer si le fœtus dont les mouvemens sont nuls, est mort dans le sein de la mère, ou s'il respire encore.

Une femme observée par M. Bouillaud à l'hôpital Cochin, était arrivée au sixième mois de la grossesse, lorsqu'elle fut prise d'une péripneumonie; pendant le cours de cette affection, des signes d'avortement se manifestèrent; l'accouchement prématuré eut lieu en effet; le fœtus ne paraissait donner aucun signe de vie. Toutefois, comme M. Bouillaud avait constaté par l'auscultation que le fœtus vivait encore quelques secondes avant l'avortement, il employa tous les moyens propres à le rappeler à la vie. Il y parvint. L'enfant vécut 24 heures. Mais comme il n'était pas viable, n'ayant pas encore atteint le septième mois, il succomba le lendemain.

Après avoir terminé tout ce qui a rapport à l'auscultation des organes circulatoires, M. Bouillaud a commencé l'histoire de l'auscultation de la poitrine. Il n'a eu le temps dans cette leçon, que de traiter de l'auscultation chez l'homme sain. Il a passé successivement en revue les phénomènes physiologiques que présente la voix et le bruit respiratoire, lorsqu'on applique l'oreille nue en arrière du cylindre, sur le larynx, la trachée-artère et les différentes parties des parois thoraciques.

CHOLÉRA-MORBUS DE PARIS.

Nous avons, il y a peu de jours, annoncé que dans le courant du mois quelques cas de choléra s'étaient montrés soit dans les hôpitaux, soit en ville.

Depuis lors d'autres faits nous ont été indiqués, peu nombreux, il est vrai, mais quelques-uns fort graves. Un de nos compositeurs a été pris samedi dernier de vomissemens abondans, dévoiement, crampes très-vives, accidens qui ont cédé à des moyens fort simples.

Nous recevons à l'instant une communication d'un de nos abonnés, que nous croyons devoir faire connaître.

Choléra-morbus grave; tartre stibié; sangsues et vésicatoires; guérison; par M. le docteur PINEL.

A Monsieur le Rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Monsieur,

Le 22 courant, j'ai été appelé auprès de la femme Boyer, âgée de quarante-six ans, indigente, rue d'Arras, n. 13, atteinte depuis le milieu de la nuit d'un choléra au premier de-

gré très-bien caractérisé ; cyanose légère, crampes vomissemens, diarrhée, etc.

Je prescrivis l'émétique vers sept heures du matin, et lui conseillai de faire suivre son effet d'une application de sangsues sur l'abdomen, et de deux larges vésicatoires aux jambes, de boissons délayantes et de lavemens salins.

Le tout fut aussi bien exécuté qu'on peut l'espérer dans la triste position où se trouve généralement nos indigens. Le soir, tous les symptômes étaient à peu près dissipés et n'ont pas reparu.

Cette pauvre femme, mère d'une nombreuse famille, est revenue si promptement à sont état normal, qu'au bout de trois jours il ne lui restait plus que de la faiblesse et ses deux vésicatoires.

Aujourd'hui, huitième jour, elle se porte fort bien, sauf un peu de faiblesse.

Agréez, etc.

PINEL, D. M. P.

30 avril 1834.

N° DU 3.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique médicale de M. ROSTAN.

Cancer encéphaloïde du pylore et de l'estomac; point de vomissemens; mort; nécropsie.

La nommée Boucher, blanchisseuse, âgée de 60 ans, ayant eu deux enfans, fut, au mois de juin de l'année 1833, prise d'un malaise général, auquel elle ne pouvait assigner une cause. Son teint à cette époque changea, elle devint jaune et fut tourmentée par un appétit vorace, qu'elle ne pouvait satisfaire ; il survint en même temps un dévoiement abondant. Ce dévoiement ne dura qu'une quinzaine de jours et ne s'est plus montré depuis. Pendant tout ce laps de temps la malade a éprouvé, à des intervalles différens, de violentes coliques ; son embonpoint a disparu, et, bien que des douleurs lancinantes se manifestassent dans l'abdomen très fréquemment, jamais elle n'eut un seul vomissement (circonstance très-remarquable).

Depuis le commencement de janvier 1834, elle a vu cesser cet appétit dévorant qui la tourmentait sans relâche, et pourtant son état ne s'est point amendé.

Entrée le 16 janvier 1834 à l'hôpital, elle nous a présenté, à la visite du 17, l'état suivant :

Amaigrissement très-considérable ; teinte ictérique de tout le corps ; beaucoup d'expression dans la physionomie et dans les gestes, lorsqu'elle répond aux questions qui lui sont adressées. Constitution éminemment irritable et nerveuse.

Interrogée sur le siége de son mal, elle montre le ventre : celui-ci ne présente à l'extérieur rien d'anormal ; palpé avec soin, on y découvre dans l'hypocondre gauche une tumeur arrondie, du volume du poing, présentant des bosselures, des inégalités, et très dure. Cette tumeur, que l'on circonscrit très-bien vers la partie moyenne de l'abdomen, semble gagner en arrière la rate, et finit sous les fausses côtes ; elle éprouve un mouvement de locomotion : cette tumeur est fort peu douloureuse. Si l'on applique les doigts sur l'épigastre, l'on y perçoit des battemens forts et isochrones à ceux du pouls. La langue est nette ; peu de soif ; bouche bonne ; pas de nausées, pas de vomissemens. L'épigastre est un peu douloureux à la pression, selles fréquentes et liquides depuis quelques jours.

Depuis dix ans elle éprouve de la difficulté à respirer, lorsqu'elle se livre à un exercice un peu violent ; cette difficulté s'est accrue depuis quatre mois. Pas de battemens du cœur. La malade a eu la jambe gauche infiltrée. Pas de chaleur à la peau ; pouls régulier, 80 pulsations.

Depuis huit ou dix ans la malade tousse ; l'auscultation et la percussion ne donnent rien d'anormal. Pas de céphalalgie.

Le diagnostic de M. Rostan est : Tumeur cancéreuse ayant pu avoir son siége primitif dans la rate, et de là ayant gagné le tissu cellulaire et les parois de l'intestin. *Gomme, sirop de gomme; lavem. macilag, et opiac.; diète.*

Le 18, la tumeur paraît moins volumineuse : c'est vers l'ombilic qu'on peut la sentir plus manifestement ; une seule selle de consistance naturelle. *Gomme, sirop de gomme, bain.*

Le 20, des frictions mercurielles sont faites sur la tumeur, et la malade est mise au quart d'alimens.

Le 28, légère infiltration des membres inférieurs ; peu de sommeil. La tumeur semble avoir augmenté de volume ; elle occupe la région ombilicale ; elle est circonscrite et douloureuse au toucher. Le pouls fort et sans fréquence. Selles réglées. *Frictions mercurielles ; potions de 5 onces avec hydriodate de potasse 4 gr.; gomme, sirop gom: loock; demi-quart en alimens.*

Le 31, on ajoute à la potion 1 *once de sirop diacode.* Même prescription du reste. La malade est toujours dans le même état.

Le 3 février, la malade depuis deux jours éprouve des coliques assez vives. La tumeur semble aujourd'hui bilobée ; un lobe occoupe le flanc droit, et l'autre l'ombilic : l'on y perçoit des battemens artériels. Selles liquides renfermant une matière noirâtre. La malade dit n'avoir jamais eu de selles sanguinolentes. Peu de sommeil. Même état du reste. *Même prescription.*

5 février, application *d'un vésicatoire* sur la tumeur. A dater de ce moment, il n'a plus été possible de palper l'abdomen de cette malade. La toux augmente de fréquence ; l'expectoration est facile, les crachats sont abondans, écumeux, rouillés et renfermant des grumeaux. La toux est plus fréquente la nuit. La percussion et l'auscultation du thorax ne donnent aucun bruit anormal. La respiration est plus gênée que d'habitude. Les membres inférieurs sont œdématiés ; les mains le deviennent ensuite. Cet état persiste pendant une quinzaine de jours. Le même traitement est continué.

Le 17, la langue est légèrement sale ; il y a de la soif ; haleine fétide, bouche mauvaise ; nausées, pas de selles depuis trois jours. La peau est chaude ; le pouls fort et assez fréquent.

Le vésicatoire est sec ; en palpant l'abdomen, on trouve à droite la tumeur, conservant tous les caractères désignés plus haut. Le déplacement de cette tumeur fit nécessairement changer le diagnostic de M. Rostan, qui fut alors porté à placer le cancer dans l'épiploon ou le tissu cellulaire, qui, libre d'adhérence, pourrait expliquer le déplacement. Même prescription, plus 3 *grains de calomel.*

Le 21, prostration extrême des forces, facies abattu ; la malade est suffoquée, elle est obligée de rester assise sur son lit ; elle peut à peine prononcer quelques mots ; râle muqueux à grosses bulles ; la peau est froide et le pouls à peine sensible. Mort à une heure après midi.

Nécropsie. Cancer encéphaloïde occupant l'extrémité pylorique et la moitié droite de l'estomac ; l'ouverture qui traverse cette dégénérescence est large ; la tumeur comprime la veine cave inférieure ; c'est ce qui peut expliquer l'infiltation qui paraissait et disparaissait à certaines époques ; le lobe inférieur du poumon gauche est envahi par une dégénérescence gangréneuse ; le reste du poumon est seulement engoué.

Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur.

Le rein gauche présente deux points d'induration jaunâtre et d'un tissu ferme. P. P.

Nota. Cette observation nous a paru surtout intéressante sous le rapport des difficultés qui ont dû se présenter pour en diagnostiquer, non point la nature, mais l'organe qui était le siége de l'affection. Ces difficultés naquirent du déplacement de la tumeur et de l'absence de vomissemens dans tout le cours de la maladie. Ce symptôme manquant, on avait dû nécessairement jeter quelque doute sur une des opinions émises par le professeur pendant la vie du sujet ; savoir, que le cancer pouvait peut-être avoir son siége dans l'estomac.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. BALLY ET PIORRY.

Vomissemens depuis trente ans ; dilatation énorme de l'estomac en rapport probable avec un rétrécissement de l'orifice pylorique ; hypertrophie de la tunique musculaire ; Par M. A. GODIN de Champagnole.

Au n° 56 de la salle Saint-Joseph, est entrée, le 19 avril, une femme âgée de cinquante ans, nommé Trousset, ouvrière. Cette femme nous dit avoir été forte avant le développement de sa maladie, qu'elle fait remonter à trente ans.

Elle avait donc vingt ans quand, huit jours après une couche assez heureuse, elle fut prise de vives douleurs qui, de l'ombilic, s'étendaient jusqu'au rachis. A cette affection, qui dura dix-sept mois ; succédèrent des vomissemens et de vives douleurs épigastriques, qui depuis ont continué sans interruption.

Toute espèce d'alimens ne convient pas à la malade ; les uns déterminent de la diarrhée, les autres, tels que la viande et les légumes, sont rejetés un quart-d'heure après leur ingestion ; le vin cause des douleurs violentes. Depuis le début, il ne s'est jamais écoulé trois jours sans que la malade ait été affectée de vomissemens, bien que depuis trois ans cet accident semble s'éloigner un peu.

Besoin continu ; elle est obligée de manger peu à la fois et très-souvent ; dépérissement amaigrissement, progressifs, faiblesse générale.

Voici quel est son état le 19 : Vomissemens la nuit dernière ; point de douleurs hypogastriques. En percutant le ventre avec soin, on trouve, le sujet étant touché sur le dos, depuis le flanc gauche jusqu'à la crête iliaque du même côté, une matité, sans résistance au doigt ; elle occupe tout le côté gauche de l'abdomen, au-dessus et sur une ligne de niveau, sonoréité et bruit humorique. La matité se déplace par le changement de position du sujet, mais seulement dans l'étendue de l'estomac qui, évidemment très-dilaté, semble occuper la moitié du ventre. Cette épreuve, réitérée plusieurs fois, donne les mêmes résultats. De plus, à la partie déclive du ventre, au-dessous de l'espace dont je viens de parler, sonoréité parfaite ne se déplaçant jamais. En agitant la malade avec un certain degré de force, on entend un flot de liquide dans l'estomac ; c'est la malade elle-même qui nous fait remarquer ce signe. Quelquefois, dit-elle, elle sent dans le ventre, vers le lieu occupé normalement, par l'estomac, une *grosse boule* qu'elle fait disparaître en la pressant avec la main (estomac contracté). Elle peut vomir pour ainsi dire à volonté. La palpation ne fait reconnaître aucune tumeur de l'abdomen.

Le foie est de volume normal. Toux légère. Quelques crachats muqueux.

Le facies n'indique pas de lésion organique. Lait ; peu d'aliment. La malade provoquera le vomissement de matières contenues dans son estomac.

Le soir, elle rend spontanément trois ou quatre pintes d'un liquide clair, dans lequel se trouvent des alimens en grande partie chymifiés. Elle est soulagée.

Le lendemain, à la visite, le développement de l'estomac, examiné par la percussion, est beaucoup moindre. Cependant les autres signes persistent, c'est-à-dire, matité en bas, sonoréité en haut ; déplacement de la matité dans la région occupée par l'estomac, et sonoréité sans déplacement à la partie inférieure de l'abdomen.

Ainsi le diagnostic, porté dès le premier jour tel qu'il est en tête de l'observation, se trouve confirmé. Dans un autre fait rapporté par M. Piorry (clinique médicale de la Pitié), on voit une lésion probablement indentique reconnue par l'augmentation de l'espace mat, de la hauteur du niveau, après l'ingestion d'un liquide dans l'estomac. Ici, c'est la diminution de l'étendue de cette même matité, après le vomissement d'une grande quantité de matières liquides, qui conduit au même résultat, déjà certain pour tous ceux qui sont familiarisés avec la percussion médiate.

On peut rapprocher de ce fait les expériences et les observations consignés dans les traités sur la percussion, et l'on verra à quelle précision comme diagnostic, et à combien de données précieuses en thérapeutique, on arrive avec le secours de cette méthode dans ces lésions si obscures de l'abdomen.

Ici, en effet, comme dans le cas déjà cité, on recommanda à la malade de provoquer tous les matins le vomissement pour se débarrasser des anciens alimens, puis de manger le moins possible à la fois, et seulement lorsqu'elle sentirait l'estomac libre. Les jours suivans elle sortit de l'hôpital.

Ce que cette observation offre encore de remarquable, c'est l'époque de son début. Il est rare de voir commencer de si bonne heure, et surtout de voir durer trente ans une lésion organique. Il est très-probable, en effet, bien qu'il n'y ait pas eu de vomissemens de matières noires, et que la couleur de la peau soit peu altérée, que la maladie dont il s'agit est causée par un squirrhe du pilore. Mais comme il paraît que cette affection n'a influé sur la santé générale du sujet, qu'en rendant l'alimentation insuffisante, que l'amaigrissement est le seul résultat de tant d'années de souffrance, que les accidens semblent même s'éloigner depuis trois ans; si la malade fait exactement ce qu'on lui a prescrit, si elle a recours à une alimentation graduée, si elle ne donne à son estomac qu'une nourriture qui puisse s'absorber en partie dans l'organe lui-même, il est probable aussi qu'elle vivra encore assez long-temps.

N° DU 6.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. BAUDELOCQUE.

Angine pseudo-membraneuse grave; vomitif et cautérisation avec la solution de nitrate d'argent; guérison.

Auguste Gosset, âgé de cinq ans, de constitution médiocrement forte, entra à l'hôpital le 13 décembre, dans le service des dartreux, pour un prurigo.

Le 19, il se plaint de la gorge; la respiration est gênée; il a eu la nuit de l'agitation, de l'insomnie. On le fait passer dans la division des maladies aiguës, où il nous offre le lendemain les symptômes suivans : face animée, céphalalgie sus-orbitaire, injection des conjonctives, tuméfaction des ganglions cervicaux, inspiration sonore s'entendant à distance, expiration facile. En examinant l'intérieur de la cavité buccale, nous trouvons les deux amygdales énormément tuméfiées, et couvertes, ainsi que le voile du palais, de plaques nombreuses et isolées, d'un blanc jaunâtre. Le rapprochement des amygdales ne permet pas de voir le pharynx. La déglutition est notablement gênée, la douleur est peu vive, l'haleine est fétide, d'une odeur nauséabonde, mais non gangreneuse; la voix est nasonnée; le nez est le siége d'un écoulement séreux jaunâtre; éternumens fréquens; langue couverte d'un enduit épais, large et humide; pas de nausées, de vomissemens, ni de diarrhée. Peau chaude, haliteuse; pouls petit, à 144 pulsations; 24 inspirations par minute. *Orge miellée, un pot; bouillon aux herbes; 12 grains d'ipécacuanha, avec addition d'un grain de tartre stibié en deux doses, gargarisme avec orge et miel rosat; bain de pied sinapisé; diète.*

Dans la journée, vomissemens abondans de matières glaireuses, sans apparence de fausses membranes; trois évacuations liquides.

Le 21, l'exsudation pseudo-membraneuse a fait depuis hier de notables progrès; elle n'est plus formée de plaques isolées, mais elle recouvre dans leur totalité les deux amygdales et une partie du voile du palais. La couleur des fausses membranes est d'un blanc mat. L'altération de la voix, la gêne de la respiration persistent, ainsi que la dysphagie. Cependant la gorge n'est, au rapport du malade, le siége d'aucune douleur. La langue est tuméfiée; elle conserve sur les bords l'impression des dents; le coryza persiste, ainsi que l'écoulement séreux jaunâtre des fosses nasales. Même fétidité de l'haleine. Les vomissemens et la diarrhée, provoqués par l'ipécacuanha, ont complétement cessé. Pouls à 130; 50 inspirations par minute; agitation la nuit, plaintes continuelles, insomnie. Toucher deux fois par jour le fond de la gorge avec un pinceau de charpie trempé dans la *solution de nitrate d'argent, 4 gr. pour 1 once d'eau distillée; vésicatoire à chaque cuisse.*

Le 22, peu de changement; on continue la même médication, sauf les vésicatoires.

Le 23, les fausses membranes ont disparu sur une partie des amygdales; elles sont amincies dans d'autres points. La voix est moins altérée, la déglutition moins gênée. On continue la cautérisation, qui ne présente aucune difficulté, le malade étant fort docile. Les vésicatoires des cuisses le tourmentent beaucoup; la fièvre persiste avec la même intensité que les jours précédens; du reste, pas le moindre trouble des voies digestives. On sèche les vésicatoires.

Le 25, il ne reste que deux petits points pseudo-membraneux au sommet des deux amygdales. Ces glandes ont à peu près leur volume normal; elles sont d'un rouge assez vif. La voix est naturelle : l'haleine n'exhale plus de mauvaise odeur. La langue est dépouillée de son enduit; elle est humide. Le pouls est descendu à 84; la chaleur de la peau est naturelle. Pas de gêne de la respiration; 24 inspirations par minute. Le coryza a cessé. Le malade a dormi pendant une grande partie de la nuit; il demande à manger pour la première fois.

Les jours suivans, il reste encore quelques petits points blanchâtres, qui sont probablement le produit de la cautérisation, et qui disparaissent insensiblement.

Le malade quitte l'hôpital entièrement guéri le 30 décembre.

Gangrène de la bouche; cautérisation avec le nitrate acide de mercure; guérison.

Louis Janvier, âgé de dix ans, était depuis environ six mois, dans le service des dartreux lorsqu'il commença à se plaindre de la bouche dans les derniers jours de décembre.

Le 31, nous le trouvâmes dans l'état suivant : Tuméfaction et rénitence de la joue gauche dont la coloration extérieure ne diffère pas de celle du côté opposé, la pression n'est pas douloureuse; l'haleine est fétide, l'expuition est abondante et mêlée de sang; à la partie interne de la joue gauche, au niveau des dents de la mâchoire inférieure, existe

une eschare grisâtre superficielle, longitudinale, qui s'étend de l'amygdale gauche à une très-petite distance de la commissure des lèvres. La muqueuse qui entoure l'eschare est rouge, livide, boursoufflée. Les gencives du même côté offrent un aspect fongueux, et on y remarque également quelques points gangréneux.

L'amygdale gauche est très-tuméfiée, mais elle n'offre ni ulcération ni eschare, ni exsudation membraniforme; légère gêne de la déglutition, engorgement des ganglions cervicaux du côté gauche. Le côté droit de la bouche est intact. Les voies digestives sont en bon état. Le pouls est petit et bat 96 fois par minute. La respiration est pure. Il n'existe pas de toux. L'œil est bon. Pas de prostration, l'intelligence est intacte. *Limonade* 1 *pot*; *décoction de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique*, 1 *pot; cautérisation de l'eschare avec le nitrate acide de mercure, introduction de temps en temps de chlorure de chaux en poudre dans l'intérieur de la bouche*; *deux bouillons.*

Le 1er janvier, pas de changement; on continue la même médication à laquelle on joint *un gargarisme avec le miel rosat et la décoction de quinquina.*

Le 2, l'eschare persiste, mais elle est moins étendue; autour d'elle existe une vive rougeur; la pression de la joue est devenue douloureuse. Autour de la commissure des lèvres existe une légère exsudation membraniforme. Même fétidité de l'haleine; expuition toujours sanguinolente. Les deux premières molaires du côté gauche sont vacillantes.

Le 3, l'eschare est entièrement détachée; on suspend la cautérisation. On continue l'usage du *gargarisme.*

Le 4, la joue droite est tuméfiée; à l'intérieur, on aperçoit deux ou trois taches grisâtres, dans l'intervalle desquelles la muqueuse est très-rouge. Du reste, pas de douleur vive; état général toujours assez bon. On engage le malade à se lever, et prendre de l'exercice. On cautérise le côté droit, et on continue l'usage des médicamens à l'intérieur.

Le 5 et le 6, on continue à cautériser le côté droit.

Le 7, l'eschare a complétement disparu, le malade continue à se promener dans les salles, on brosse chaque jour ses dents, et on lui nettoie la bouche avec de l'eau de Rabel. L'haleine a cessé d'être fétide. On prescrit des alimens. On cesse dès ce moment l'emploi de tout moyen actif. Il ne survient aucun nouvel accident, et le malade quitte l'hôpital le 15 janvier.

La même médication a eu le même succès chez un autre malade âgé de 13 ans, qui a, comme le précédent, contracté la maladie dans l'intérieur de l'hôpital.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. BALLY et PIORRY.

Observaton de chorée en rapport probable avec la masturbation; intermittence des accès; guérison par le sulfate de quinine, rechute, accès non intermittens et épileptiformes, guérison par les bains de vapeur; Par ÉDOUARD LE RIVEREND, élève des hôpitaux.

Vontier, âgé de vingt-trois ans, salle St.-Landry, n. 62, cordonnier, de constitution forte, n'ayant eu aucuns parens atteints de névroses ou d'autres affections cérébrales, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de quatre ans.

Il y a un an, il éprouva les mêmes accidens que ceux qui vont être décrits. Depuis trois ans il se livrait à la masturbation plusieurs fois par semaine. La maladie commença par des mouvemens spasmodiques involontaires, qui avaient lieu dans les muscles moteurs de la colonne vertébrale, et de-là s'étendit aux bras, aux jambes et à la tête.

Il entra à Saint-Louis, et après un mois de séjour dans cet hôpital, il sortit guéri. La maladie reparut quinze jours après et dura une semaine.

Au mois de juillet, nouvelle attaque pendant huit jours; et à dater de cette époque, il n'a pas cessé de ressentir de temps en temps quelques accidens analogues, mais ne durant pas plus d'un quart-d'heure.

Depuis trois semaines ils ont reparu et continué; ils augmentent, et c'est le matin, vers midi et le soir, qu'il est plus malade. Il dort bien, et est assez tranquille pendant la nuit.

21 février. *État actuel.* Mouvemens brusques, spontanés, automatiques des reins (rappelant parfaitement ceux qui s'effectuent dans le coït), soulevant le tronc d'une manière rapide à plusieurs pouces de hauteur; démarche de la chorée; des mouvemens de rotation de la tête y succèdent; la parole est un peu embarrassée; quelques mouvemens involontaires dans les muscles des lèvres ou des paupières, et quelquefois dans les bras et les jambes. C'est par cette dernière partie que commence, dit-il, ordinairement sa maladie. Pas de douleurs de tête, pas de symptômes antérieurs, si ce n'est des vomissemens, qui surviennent quelquefois depuis l'enfance du malade, et peu de temps après avoir mangé. On a appliqué des ventouses scarifiées sur le dos; on a pratiqué des saignées, et cela sans succès.

Diagnostic. Chorée en rapport probable avec la masturbation. *Soixante sangsues sur la région des reins, le matin; le soir, vingt grains de sulfate de quinine; infusion de fleurs de tilleul avec sirop de fleurs d'oranger; le quart.*

Le 23, amélioration sensible, diminution très-considérable dans les mouvemens des reins. Continuation du *sulfate de quinine.*

Le 24, amélioration encore depuis hier. Le malade mar-

che avec beaucoup plus de facilité. *Trente grains de sulfate de quinine à dix heures du soir, la demi.*

Le 25, le malade marche sans aucune peine, et ne ressent une légère douleur que dans les reins. Très-légers mouvemens hier soir. *Trente grains de sulfate de quinine; les trois quarts.*

Le 26, le malade va toujours bien; il n'a plus que quelques mouvemens anormaux; pas d'accidens gastro intestinaux. Il a pris soixante grains de sulfate de quinine, qui lui ont été donnés au lieu des trente prescrits. Suspension du sulfate de quinine.

Le 28, il y a eu hier soir un léger accès. Le malade est encore tourmenté par quelques mouvemens faibles des reins; douleurs dans la région des deux cordons inguinaux et dans les reins. (Il m'assure qu'il ne s'est point livré récemment à la masturbation.) *Cataplasme sur chaque cordon; un bain de siége; trente sangsues sur la colonne lombaire, trente grains de sulfate de quinine.*

Le 1er mars, huitième jour de son entrée à l'hôpital, il n'y a plus de mouvemens choréiques; les jours suivans les accidens manquent totalement, et le malade est disposé à sortir, lorsque, le matin même du jour où il doit quitter l'hôpital, quelques mouvemens reparaissent. C'était le 8 mars.

Le 9, *trente sangsues sur la région lombaire, trente grains de sulfate de quinine.* Peu de mouvemens spasmodiques le soir.

Le 10 au matin, les mouvemens, quoique très-faibles, reparaissent. Aussitôt qu'ils seront calmés, *quarante grains de sulfate de quinine, vingt, douze, huit, à deux heures d'intervalle.*

Le 11, loin qu'il y ait de l'amélioration, les mouvemens spasmodiques sont beaucoup plus forts. Le malade se relève brusquement, et laissant tomber sa tête avec violence, semble donner avec elle de violens coups de marteau aux oreillers. Mis sur son séant, il exécute les mouvemens de la chorée. Ce sont les muscles du tronc et non ceux des membres qui en sont atteints. La tête se tourne d'un côté à l'autre plusieurs fois de suite, avec une promptitude et une violence effrayantes. Quelques mouvemens des bras et des jambes presque épileptiformes. Quelques crampes dans les muscles jambiers; étourdissemens; pas de douleurs de tête. *Maintenir le tronc avec la camisole pour prévenir les accidens. Un bain de vapeur simple pendant une heure.*

Le 12, hier après le bain, le malade a été plus calme et l'est encore dans ce moment; mais ce matin il avait les mêmes accidens. *Continuation des bains de vapeur.*

Le 14, le malade qui a pris un bain hier et aujourd'hui, mais n'a pu y rester plus de vingt minutes chaque fois, a eu à peine quelques secousses convulsives. *Continuation du même moyen.*

Le 15, légers mouvemens dans les reins. *Un bain sulfureux.*

Du 17 au 24, *un bain sulfureux chaque jour.* Amélioration successive.

Le 25, plus des mouvemens spasmodiques.

Les jours suivans, continuation du mieux.

Le 2 avril, trente-neuvième jour de son entrée, le trentième de sa rechute, il sort de l'hôpital paraissant parfaitement guéri. Je l'ai rencontré une fois, peut-être trois semaines après sa sortie, c'est-à-dire, il y a dix ou douze jours, et il m'a dit n'avoir ressenti aucun accident choréique.

Nous ne ferons suivre cette observation d'aucune réflexion. Nous dirons seulement que la nature des mouvemens qu'exécutait le tronc de ce malade conduisit à porter l'attention sur les organes de la génération, et on apprit les détails relatifs aux excès de la masturbation; on sut de plus, que la veille de sa dernière attaque, il avait reçu chez lui deux femmes avec lesquelles il s'était amusé (expression du malade). On voit qu'ici les nerfs des organes génitaux ont été le siége primitif de la maladie que nous venons de décrire; il n'en faut pas rechercher la cause ailleurs que dans la surexcitation de ces organes.

On a vu la première attaque présentant de l'intermittence, guérie par les évacuations sanguines et le sulfate de quinine; la rechute ne présentant pas la même intermittence, et tenant beaucoup, comme on a pu le voir, de l'épilepsie, a été rebelle aux premiers moyens, et a cédé à l'emploi des bains de vapeur simple d'abord et sulfureux ensuite.

Procédé de M. AMUSSAT *pour rétablir la continuité d'un intestin complétement divisé en travers.*

M. Amussat, en examinant les opérations proposées pour guérir les plaies des intestins divisés en travers, trouva, ou bien qu'elles ne s'opposaient pas assez sûrement à l'épanchement des matières fécales dans le ventre, ou bien qu'elles étaient d'une exécution très-difficile en même temps qu'elles offraient peu de chances de succès. Guidé par une expérience physiologique, demeurée stérile dans les mains de son auteur, M. Travers, il a fait un grand nombre d'expériences dans le but d'améliorer ce point de thérapeutique chirurgicale. Voici le procédé auquel il est arrivé.

Il roule, sur chaque bout d'un tube de sureau, long de six ou huit lignes et de la grosseur du petit doigt au plus, du fil ciré jusqu'à la hauteur de deux lignes au moins, de manière à laisser le milieu du tube libre et à obtenir en ce point une rainure circulaire large d'une ligne et demie. Deux fils placés sur des points opposés du diamètre du cylindre, sont fixés à l'une des extrémités de cet appareil. Pour en faire usage, on l'enduit d'un corps gras; puis on prend un des bouts de l'intestin divisé (il importe peu que ce soit le supérieur ou l'inférieur) qu'on dilate avec l'extrémité du doigt indicateur. On introduit le tube dans sa cavité en le présentant par l'extrémité dépourvue de fils. Lorsqu'il y est entièrement enfoncé, on passe les fils, avec les aiguilles dont ils sont armés, dans deux points opposés des bords de l'intestin, afin d'empêcher l'appareil d'en sortir, et afin de pouvoir l'entraîner avec lui dans l'autre intestin. Pour cela, on prend les deux aiguilles d'une main, on les fait pénétrer dans son intérieur à la profondeur d'un pouce environ; on les en fait sortir en traversant ses parois, puis, tandis que des aides tiennent son extrémité ouverte avec trois pinces, on tire sur ces fils pour opérer l'invagination du tube et du bout dans lequel on l'a fixé. Lorsque l'intestin qui reçoit l'autre dans sa cavité dépasse un peu la rai-

mure médiane du sureau, on cesse les tractions; on passe un fil à travers le mésentère, on le lie sur le milieu du tube, de manière à embrasser et à déprimer fortement les deux parois intestinales. On résèque les bords de l'intestin invaginant qui dépassent la ligature circulaire, le plus près possible de cette ligature. Cela fait, on coupe tous les fils superflus, on remet les intestins dans le ventre, on fait quelques points de suture pour en fermer la plaie, et on abandonne le reste aux soins de la nature.

M. Amussat a déjà employé trois fois ce procédé avec succès. Il a voulu le simplifier et l'abréger, en retranchant le temps de la résection des bords qui dépassent la ligature; ainsi, il a fait sur chaque bout d'intestin une suture en bourse qu'il a liée dans la rainure du sureau. Un petit bourlet formé par les deux bouts rapprochés, s'est opposé à l'adossement et à la soudure des séreuses, et l'animal a succombé. Pour obvier en partie à cet inconvénient, il n'a fait de suture en bourse que sur l'un des bouts qu'il est venu lier dans la rainure du sureau qu'on avait préalablement introduit en entier dans l'autre bout. L'animal succomba encore et par la même raison. Il avait d'abord tenté deux fois de ne point faire la résection du rebord de l'intestin qui dépasse la ligature; il s'attendait à des insuccès, et la mort n'avait point tardé à justifier ses prévisions.

M. Amussat a essayé comparativement tous les procédés imaginés par les auteurs; il les a pratiqués avec le plus grand soin, et cependant il n'a obtenu que très-rarement des résultats heureux. Il en est résulté pour lui, que son procédé tel qu'il l'a imaginé d'abord, est celui qu'il faudrait employer et qu'il emploierait lui-même avec le plus de confiance sur l'homme.

M. Amussat se propose de publier incessamment un travail plus étendu dans lequel, après avoir rapporté avec détail toutes les expériences qui l'ont conduit à son procédé, il tâchera de démontrer, par des faits, qu'il est préférable à tous ceux qu'on a proposés jusqu'à ce jour.

E. Delcroix.

N° du 8.

HOPITAL NECKER.

Observations qui ont fait le sujet des conférences de M. Bricheteau, pendant l'année 1833.

Kyste de l'ovaire du côté droit, simulant une grossesse extrà-utérine; opération césarienne vaginale; mort.

Une femme âgée de quarante-sept ans, mariée depuis long-temps, sans enfans, entra à l'hôpital dans le courant du mois de juin; cette femme, qui éprouvait une suppression de neuf mois, racontait qu'au moment de la conception présumée de l'enfant qu'elle disait porter, il s'était élevé entre elle et son mari une rixe violente; elle avait, du reste, un abdomen proéminant comme une femme au terme de sa grossesse, et éprouvait des douleurs annonçant un prochain accouchement; on sentait distinctement dans le flanc droit une tumeur inégale, qui avait la forme d'une tête d'enfant d'un côté, et de l'autre une saillie qu'on pouvait croire formée par le pied d'un fœtus. Cette tumeur se déplaçait au moyen de la pression, par un mouvement de totalité.

La malade disait sentir distinctement les mouvemens d'un enfant; il y avait, dans la tumeur, un bruit de souffle bien manifeste qu'on crut être le souffle placentaire. Dans une première tentative de toucher, on ne put trouver le col de l'utérus; dans une seconde, faite le lendemain par M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des Enfans, l'orifice utérin fut rencontré sous le pubis sans dilatation. Dans un troisième toucher, pratiqué simultanément par le rectum et le vagin, le même accoucheur constata l'existence d'une tumeur fluctuante qu'il put déplacer avec le doigt, et qui faisait manifestement corps avec la tumeur abdominale extérieure.

La pression effectuée par la tumeur en totalité déterminant une rétention d'urine, il fallait fréquemment sonder la malade; elle souffrait beaucoup, mais par intervalle, comme il arrive dans le travail de l'enfantement; elle était sans fièvre et sans chaleur à la peau. Quand on pressait le ventre, les douleurs se rapprochaient et prenaient un caractère expulsif, et la malade se livrait à de vains efforts d'expulsion. Nonobstant l'emploi des bains, des cataplasmes sur l'abdomen, de la saignée, l'état de la malade fut toujours en s'aggravant; elle ne pouvait plus goûter un seul instant de repos, et ses souffrances devinrent si atroces, qu'elle demandait à grands cris une opération pour extraire l'enfant dont elle se disait enceinte. La malade assurait toujours d'ailleurs sentir des mouvemens. L'état de la tumeur fut de nouveau constaté par tous les médecins de l'hôpital rassemblés le 6 juillet, et auxquels avait bien voulu se réunir M. Baudelocque: on pensa généralement qu'il y avait une grossesse extra-utérine de l'ovaire droit, et qu'on ne pouvait soulager la malheureuse malade, qu'en pratiquant une incision sur les parois du kyste qu'on croyait contenir le fœtus extra-utérin. On agita long-temps dans la consultation la question de savoir s'il existait un simple kyste, et ce qu'il conviendrait de faire dans le cas où aucun moyen ne pourrait soulager la patiente torturée par d'atroces douleurs; on demeura d'accord, qu'une incision exploratrice par le vagin était le seul moyen dont on pût se promettre quelque soulagement, puisque d'ailleurs il n'y avait point de signes de péritonite; elle fut pratiquée par M. Laugier, le 6 juillet à trois heures après-midi, en présence de MM. Dubois d'Amiens, Piédagnel, deux médecins étrangers et un bon nombre d'élèves, après avoir de nouveau bien constaté l'état de la malade, et l'existence du bruit qui simulait à s'y méprendre le souffle placentaire dont la force était d'ailleurs expliquée par le rapprochement de la tumeur de la paroi abdominale. On fit donc une légère incision à la paroi postérieure du vagin sans que la malade témoignât beaucoup de douleur, il s'en écoula environ une pinte de sérosité claire, mais sanguinolente; le doigt indicateur introduit dans la plaie reconnut un kyste, mais ne rencontra point de fœtus. La malade fut recouchée, on lui fit des fomentations émollientes sur le ventre et on la tint à une diète absolue; le lendemain de l'opération, elle se sentit très-soulagée; le ventre n'était que médiocrement douloureux; le pouls un peu fréquent, sans chaleur à la peau.

Le 8. La malade est à peu près dans le même état que la veille si ce n'est que le pouls est considérablement augmenté en fréquence et donne 112 pulsations par minute. La rétention d'urine s'est reproduite et l'on entend le bruit de souffle comme avant l'opération. La malade ne peut se tenir que sur le dos; aussitôt qu'elle se met sur le côté elle éprouve de l'anxiété et de vives douleurs; néanmoins le ventre n'est nullement sensible à la pression. On applique vers le soir quinze sangsues au périnée, on continue les fomentations émollientes, l'eau de gomme et la diète absolue.

Le 9, la figure s'altère, le pouls augmente de fréquence, la malade a de tristes pressentimens et des tressaillemens continuels.

Le 10. Des symptômes de péritonite se sont manifestés pendant la nuit; vingt sangsues sont appliquées dans la matinée sur l'abdomen, qui est si douloureux qu'il ne peut souffrir la moindre pression.

Le 11. La figure est décomposée, le pouls d'une petitesse extrême. La respiration précipitée; mort dans la nuit du 11 au 12.

Ouverture cadavérique.

La tumeur abdominale est très-affaissée et descendue dans le bassin. Après avoir incisé les parois abdominales, on trouve des traces de péritonite à la partie inférieure, des flocons albumineux, de la sérosité épanchée et des circonvolutions intestinales adhérentes par de fausses membranes. La tumeur était inégale, multilobée; du côté gauche, elle était pyriforme et assez semblable à une matrice amplifiée; c'était effectivement cet organe dans la cavité duquel s'était développée une tumeur de la grosseur d'une forte poire, de nature lardacée, mais un peu ramollie. Cette tumeur était recouverte par la matrice qui semblait s'être *laminée* en quelque sorte, pour fournir une enveloppe à la production accidentelle développée dans son intérieur. Elle était d'ailleurs en communication avec le vagin et avec le col utérin qui était tellement aminci, qu'il formait une petite ouverture membraneuse de deux lignes de diamètre seulement. La portion droite de cette tumeur se composait de plusieurs lobes, dont la surface était inégale, raboteuse, ulcérée même, et recouverte çà et là de lambeaux membraniformes. Intérieurement, ils étaient formés de plusieurs dégénérations organiques tels que les tissus carcinomateux et encéphaloïde, séparés par des cloisons celluleuses, purulentes, ou de petits kystes remplis de sérosité brune et ichoreuse; on ne trouva point de traces de l'ovaire, qui avait été probablement envahi par les altérations que nous décrivons, s'il n'en avait été lui-même le siége primitif.

A la partie inférieure du bassin, en arrière, existait une autre masse qui avait d'une part comprimé la vessie contre l'arcade du pubis, de l'autre relevé le rectum en arrière, et refoulé la paroi postérieure du vagin. On remarquait dans cette portion de la tumeur des kystes à surface séreuse, dont l'extérieur se confondait avec la masse désorganisée, et dont le diamètre était d'environ deux ou trois pouces. C'est dans l'un de ces kystes qu'avait pénétré l'incision pratiquée dans la paroi postérieure du vagin; ses parois étaient affaissées. Un autre, situé plus en arrière, n'avait point été ouvert; il s'en écoula une assez grande quantité de sérosité limpide. Ces deux kystes, distendus par des liquides, et pressés par le poids de la tumeur, exerçaient évidemment une compression sur la vessie, le vagin et le rectum. C'est à cette cause qu'il faut rapporter la rétention d'urine et les douleurs excessives, atroces dont se plaignait la malade.

Remarques. Il importe de noter ici que la péritonite n'existait qu'extérieurement. Je veux dire à la surface extérieure des intestins; qu'elle ne pénétrait pas dans le petit bassin, et que le tissu cellulaire si abondant qui remplit cette cavité ne présentait nulle trace d'inflammation et de suppuration, non plus que les environs de la plaie faite par l'incision, laquelle commençait même à se cicatriser. Il est évident, d'après cela, que ce n'est pas l'opération qui a produit la péritonite, qu'elle existait auparavant, et que c'est à cette maladie qu'il faut attribuer les vives douleurs dont se plaignaient la malade, bien que d'ailleurs il n'y eût point de fièvre, de chaleur morbide, et que l'abdomen ne fût que médiocrement douloureux à la pression, on ne put pas dire même que l'opération ait hâté la mort de cette malheureuse, car elle a été soulagée pendant deux ou trois jours, et les souffrances qu'elle éprouvait paraissaient intolérables, et sur le point d'éteindre les sources de la vie. S'il n'y eût point eu de péritonite, et s'il eût existé un seul kyste, on conçoit que la malade eût pu guérir, quand bien même il eût contenu un fœtus extrà-utérin, comme cela paraissait très-probable. Les recueils périodiques surtout ceux de l'Angleterre, ont publié des cas semblables, dans lesquels même on a pratiqué des injections plus ou moins irritantes dans la cavité de la tumeur enkystée. L'opération était, si l'on veut, douteuse, mais c'est le cas de dire qu'un moyen incertain est préférable à une méditation sur la mort. La suppression qui, chez la malade, datait de neuf mois, les circonstances de la prétendue conception, les propres sensations de la malade, la forme de son ventre, faisaient pencher pour une grossesse extrà-utérine que semblait indiquer un bruit de souffle placentaire qui était vraisemblablement le résultat du choc du sang contre une portion de l'aorte comprimée par la tumeur. Cette dernière circonstance peut en outre servir à prouver l'incertitude de ce signe de la grossesse, qu'on regarde comme l'un des plus certains, et qu'on a proposé d'invoquer dans des cas douteux de médecine légale.

Cystite chronique avec une énorme distension des parois de la vessie, qui simulait une péritonite avec épanchement; ramollissement spléniforme du foie avec entérite biliaire.

Une femme âgée de 75 ans, fut conduite à l'hôpital Necker le 24 août, dans un état très-fâcheux. Son teint était jaunâtre, sa peau terreuse, et sa maigreur extrême. L'abdomen faisait une saillie considérable; ses parois avaient éprouvé une grande distension, et en les percutant on sentait une fluctuation obscure. La malade urinait peu et souvent; son pouls était très-faible et peu fréquent; elle se tenait continuellement couchée sur le côté droit; se plaignait

d'une douleur profonde dans l'hypocondre du même côté, et tout le reste du ventre était douloureux à la pression. Cette femme se trouvait d'ailleurs dans un état de faiblesse et d'abattement tels, qu'il fut impossible de pousser plus loin l'examen clinique.

On fit une légère application de sangsues, et des fomentations émollientes sur l'abdomen; on appliqua des cataplasmes sinapisés aux pieds; cette malheureuse mourut le lendemain, après avoir uriné à plusieurs reprises dans la journée. Nous pensions qu'elle avait succombé à une péritonite suivie d'épanchement, ou hydropéritonite.

Ouverture cadavérique.

Une grande quantité de liquide s'était écoulée par la vulve au moment de la mort, et l'abdomen s'était beaucoup affaissé. Après avoir incisé ses parois, on découvrit une énorme poche qui, du bassin, s'élevait jusqu'au dessous de l'ombilic, elle était affaissée sur elle-même et au tiers vide; c'était la vessie, dont les parois très-amincies et énormément distendues, remplissaient pendant la vie la presque totalité du ventre, et contenaient le liquide urinaire qui s'était écoulé au moment de la mort; c'était aussi dans cette seconde cavité, qui doublait en quelque sorte les parois du ventre, qu'avait eu lieu la fluctuation dont il a été parlé. Toute la surface interne de cette poche membraneuse était d'un rouge violet, parsemée d'une multitude de capillaires injectés; ce col de la vessie n'offrait rien de particulier. Il n'y avait dans le reste de la cavité abdominale ni traces de phlegmasie, ni sérosité épanchée; le foie était d'une couleur violette, et son parenchyme, ramolli, ressemblait parfaitement à celui de la rate. La vésicule biliaire contenait une matière huileuse épaisse, et vingt-deux calculs triangulaires à surface lisse et de couleur brune.

Nous n'avons rien trouvé dans l'autopsie qui put donner l'explication d'une si énorme distension des parois de la vessie; il faut nécessairement admettre qu'il y avait eu primitivement dans les fibres musculaires et contractiles de ce réservoir, un défaut d'action qui empêchait l'excrétion urinaire; l'urine ainsi accumulée, avait distendu peu à peu la vessie jusqu'au point de faire uriner la malade par regorgement; et comme cette poche, contiguë aux parois abdominales, n'était pas entièrement pleine, il en résultait un mouvement de fluctuation quand on venait à percuter le ventre, particularité qui pouvait faire croire à l'existence d'une ascite. Enfin, la malade urinant par regorgement, on ne se douta point que la vessie fut malade.

N° DU 10.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. BOUILLAUD.

Observations et réflexions sur le procédé des émissions sanguines dans les pneumonies, employé par M. le professeur BOUILLAUD.

Lorsque j'ai lu, dans l'un des derniers numéros de ce journal, un article sur la clinique de M. le professeur Bouillaud, j'ai partagé entièrement l'opinion de l'auteur, j'ai senti comme lui le besoin de publier les résultats avantageux obtenus dans le service de ce professeur; mais je n'ai pu m'empêcher de faire cette réflexion qu'à l'époque actuelle où les opinions en médecine son malheureusement si controversées, il ne suffit pas de donner un résumé général des maladies qu'on a traitées; il ne suffit pas de dire que sur quatorze cas de pneumonie on n'a échoué que dans un seul cas, parce que les esprits contraires ne tarderaient pas de vous accuser de vous être trompé dans le diagnostic de la maladie. Ce sont ces motifs qui m'ont engagé à donner un résumé de ces 14 cas de pneumonie dont j'ai été témoin. Je crois que le meilleur moyen de prévenir tous reproches est de présenter les faits eux-mêmes.

1. Guyot (Jean), couché au n. 7, âgé de 22 ans, boulanger, d'une constitution robuste, habituellement bien portant.

Le 19 avril, il s'exposa au froid, et il éprouva ensuite frissons, points de côté, toux, crachats striés, visqueux; pneumonie double, souffle et bronchophonie dans toute l'étendue à droite, et dans le tiers inférieur, à gauche; pas de râle crépitant. Saignée de 35 palettes, 75 sangsues; deux ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine en cinq jours et demi, large vésicatoire le sixième jour; boissons émollientes; cataplasme, lavem. émoll., looch blanc avec thridace.

Le huitième jour de traitement, il n'y a que 18 inspirations de 40 qu'il y en avait au commencement; et aujourd'hui, le malade est déjà hors de danger.

2. Gonnaud (Martin), âgé de vingt-neuf ans, journalier, était couché au n. 11. Il travaillait depuis quelques jours dans un endroit très-humide. Perte d'appétit depuis quelque temps, faiblesse dans les membres, céphalalgie, frissons, point de côté, toux, crachats striés, visqueux; beaucoup de stupeur, pneumonie double. La partie inférieure du poumon gauche présente une matité complète. Souffle dans la région sous-épineuse; bronchophonie; râle crépitant à la partie inférieure du poumon droit. Saignée de quinze palettes, trente sangsues sur la poitrine en trois jours et demi, tisane rafraîchissante, looch blanc, catap., lavem. émoll., diète.

Le quatrième jour, on lui applique un vésicatoire sur la partie postérieure de la poitrine. Le malade va de mieux en mieux.

Le sixième jour, convalescence. On lui accorde un peu de bouillon de poulet. Aujourd'hui il est dans un état tout-à-fait satisfaisant.

3. Fory (François), âgé de dix-sept ans, maçon, est entré le 10 à l'hôpital. Il a présenté les mêmes symptômes que le malade précédent. En outre, il a vomi à plusieurs reprises des matières bilieuses; il a eu le dévoiement depuis le commencement de la maladie. Beaucoup de prostration; figure jaune, pâle, yeux tristes, céphalalgie, toux, crachats visqueux, striés; chaleur âcre; 30 à 40 inspirations; pneumonie droite au premier degré; râle crépitant dans toute l'étendue du côté droit en arrière, avec un peu de retentissement de la voix. Le son y est mat; en avant et à droite, la matité commence un peu au-dessous et en de-

hors du mamelon; à gauche, la résonnance est bonne. Râle muqueux dans quelques points. Saignée de seize palettes, vingt sangsues, deux ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine; boissons, looch; cataplasme, lavement émoll. Il va de mieux en mieux. Sortie le 17 août, septième jour.

4. Mougir (Théophile), âgé de vingt-deux ans, boulanger, couché au n. 12, d'une constitution très-forte, est entré le 18 avril à l'hôpital.

Après s'être exposé au froid, il lui est survenu : frissons, point de côté; crachats visqueux, rouillés; pneumonie droite; souffle et matité au niveau du mamelon droit. Au reste, la respiration est bonne au-devant de la poitrine. Râle crépitant dans le lobe inférieur du poumon droit. Saignée de onze palettes et demie, deux ventouses scarifiées dans l'espace de trente-six heures. Les autres moyens comme pour les malades précédens. Il va de mieux en mieux. Convalescence le quatrième jour de son entrée à l'hôpital.

Sortie le 1er mai, le douzième jour de son arrivée.

5. Huilier (Nicolas), couché au n. 7, âgé de cinquante ans, jardinier. Après avoir été refroidi, il lui est survenu beaucoup de faiblesse, point de côté, étourdissement, envie de vomir, toux, crachats sanguinolens. Face abattue, yeux ternes, couleur jaune-pâle de la figure; dévoiement. Pneumonie au second degré dans une grande étendue du poumon droit. Prostration des forces. Saignée de dix-huit palettes, quarante-six sangsues sur le côté droit de la poitrine en 84 heures; cataplasme, lavem. émoll., looch blanc, thridace, vésicatoire; boissons adoucissantes; diète.

Après la dernière saignée, le malade ne présente que 26 inspirations, de 32 qu'il avait au commencement. On sèche le vésicatoire au bout de quatre jours; depuis ce moment il va de mieux en mieux, et il quitte l'hôpital le 27 avril, vingt-deuxième jour de son séjour à l'hôpital.

6. Malin (Charles-Antoine), âgé de cinquante-huit ans, militaire en retraite. Après avoir éprouvé des frissons la nuit, il a ressenti un point de côté, et a commencé à cracher des matières sanguinolentes. La peau présente la coloration jaune prononcée générale. La région hépatique légèrement douloureuse. Pneumonie double partielle et principalement au sommet du poumon gauche, et à la base du poumon droit. Saignée de dix-neuf palettes, vingt-cinq sangsues; deux ventouses scarifiées en 108 heures. Les autres moyens *ut suprà*. Convalescence le sixième jour de son entrée. Actuellement il mange la demie.

7. Baignez (Jean), âgé de trente-trois ans, maçon, couché au n. 20. Il a eu déjà quatre fluxions de poitrine, la dernière il y a un an.

Il y a deux jours, qu'étant en sueur il s'est exposé au froid; il a éprouvé des frissons et le point de côté vers l'angle inférieur de l'épaule gauche. Entrée le 13 avril. Crachats visqueux fortement rouillés. 130 pulsations. Pneumonie au deuxième degré dans la partie inférieure du poumon gauche; au premier degré, au sommet du même côté. Saignée de douze palettes, deux ventouses scarifiées en trente-six heures. Les autres moyens comme chez les autres péripneumoniques. Convalescence le cinquième jour; il va de mieux en mieux. Aujourd'hui il mange la demie.

8. Fessier (Louis), âgé de 24 ans, boulanger, couché au n. 23, malade depuis le 24 avril: Frissons, point de côté, toux, crachats sanguinolens; entrée le 28 avril. Epanchement pleurétique; pneumonie au deuxième degré de la base du poumon gauche. Saignée de dix palettes; trente sangsues sur la base de la partie gauche de la poitrine, en arrière. Les autres moyens, *ut suprà*, excepté le vésicatoire. Convalescence le troisième jour de son entrée. Sortie le 3 mai.

9. Marteau Pignard (Jean), couché au n. 25, âgé de trente quatre ans, commissionnaire, malade depuis cinq jours, est entré le 23 mars à l'hôpital. Après avoir éprouvé beaucoup de faiblesse et de toux, il a pris un émétique qui a aggravé beaucoup son état.

A son arrivée, il a présenté : décubitus dorsal, abattement général, figure jaune pâle; céphalalgie sus-orbitaire, dévoiement. Pneumonie au deuxième degré, au sommet du poumon droit; au premier degré, vers la région sous-axillaire du même côté. 48 inspirations; prostration considérable des forces. Crachats visqueux, striés. Saignée de quinze palettes, trente sangsues en soixante heures; les autres moyens *ut suprà*. Vésicatoire. Convalescence le cinquième jour de son entrée, sortie le huitième jour.

10. Jaulin, âgé de vingt-un ans, doreur en métaux, d'une constitution forte, couché au n. 25. Il a eu déjà sept fluxions de poitrine. Malade depuis le 19 avril; entré à l'hôpital le 23. Il s'exposait au froid lorsqu'il était en sueur. Brisement des membres, céphalalgie, perte d'appétit, frissons, point de côté, crachats sanguinolens. Prostration considérable des forces; langue sèche; pneumonie double. Matité à droite et en arrière; souffle, bronchophonie dans presque toute l'étendue; à gauche la résonnance est bonne. Dans le tiers inférieur léger râle crépitant. Saignée de neuf palettes, vingt-cinq sangsues sur le côté droit de la poitrine en trente-six heures. Les autres moyens, *ut suprà*, excepté le vésicatoire. Convalescence le troisième jour de son entrée, sortie le cinquième jour.

11. Chabert (Jeanne), couchée au n. 5 de la salle Sainte-Madeleine, âgée de soixante ans, portière, habituellement bien portante, très-exposée aux vicissitudes de l'atmosphère, malade depuis neuf jours, entrée le 28 avril. Elle a eu chaud et froid; céphalalgie; point de côté, crachats visqueux, striés, beaucoup de toux; pneumonie droite au deuxième degré au sommet, et au premier degré dans le reste de l'étendue du même poumon. Saignée de dix palettes; 2 ventouses scarifiées qui ont donné deux palettes et demie de sang en soixante heures, les autres moyens *ut suprà*. Aujourd'hui elle est dans un état tout-à-fait satisfaisant.

12. Stophé (Nicolas), âgé de vingt-sept ans, carrier, couché au n. 23, est entré le 21 avril.

Il y a plusieurs jours, il a eu chaud et froid : il a éprouvé beaucoup de lassitude. Dévoiement, perte d'appétit, point du côté droit de la poitrine; prostration; 40 inspirations, haleine fétide; pneumonie double avec épanchement léger du côté droit; râle crépitant en bas et en arrière du côté gauche. A droite, souffle, bronchophonie, un peu d'égophonie; dans quelques endroits, râle crépitant. Saignée de vingt-trois palettes, vingt-cinq sangsues, deux ventouses scarifiées en cent trente-deux heures; les autres moyens *ut suprà*. Pas de vésicatoire. La prostration ainsi que la difficulté de respirer ont continué.

Mort le 26 avril.

L'autopsie, qui a eu lieu vingt-quatre heures après la mort, a présenté l'état suivant : de fausses membranes très-fortes, fibreuses, couvrent tout le poumon droit, et le font adhérer à la plèvre costale. Le poumon droit lui même a l'aspect du foie, il présente partout l'hépatisation grise, excepté un petit espace au sommet, qui est sain. Le pus s'échappe par la pression, et le tissu pulmonaire s'écrase facilement. Le poumon gauche est, dans toute son étendue, au premier degré de pneumonie. Les bronches sont rouges violettes. Des crachats énormes bouchent en grande partie les orifices du cœur. Foie volumineux.

Le duodénum contient de la bile. Il y a un peu d'injection arborisée qui disparaît en bas. La rougeur augmente vers la partie inférieure de l'iléum, où l'on trouve plusieurs follicules de Brunner développés ; une plaque de Peyer est également assez prononcée.

Le cœcum présente une injection partielle, qui continue dans le colon ascendant et disparaît dans l'arc du colon.

13. Delahaie (Victor), âgé de vingt-quatre ans, vernisseur en cannes, couché au n. 16, est entré le 4 avril.

C'est le 18 avril, qu'après s'être exposé au froid, il a éprouvé des frissons. La nuit suivante, point du côté gauche, crachats rouillés, visqueux, pneumonie au deuxième degré dans la moitié inférieure du poumon gauche, avec l'épanchement pleurétique.

Le malade est très-pusillanime ; il préfère mourir que de souffrir un peu. Saignée de vingt-une palettes ; vingt-cinq sangsues à la partie postérieure et gauche de la poitrine, en quatre jours et demi. Les autres moyens *ut suprà*. Vésicatoire sur la partie affectée.

Le neuvième jour de son entrée à l'hôpital il, était déjà en convalescence. La respiration, de 40 qu'elle était au commencement, est devenue presque tout-à-fait normale.

Sortie le 1er mai.

14. Saint-Joly (Bernard), âgé de trente ans, très-sujet à s'enrhumer, d'une constitution faible, entré le 6 avril. Pneumonie gauche, crachats visqueux, sanguinolens. Saignée de quinze palettes ; deux ventouses scarifiées ; vingt-cinq sangsues sur le côté affecté dans trois jours et demi. Convalescence le septième jour de son arrivée à l'hôpital (1).

sorti le 4 mai.

J'ai trouvé très-à-propos de décrire les principaux symptômes et le traitement de la maladie qui nous occupe actuellement, avec un peu plus de détails, parce qu'une méthode qui, sur seize malades pris au hasard (et dont une grande partie était gravement affectée), n'a échoué qu'une seule fois ; une telle méthode devait être analysée avec soin.

La pneumonie est certainement une maladie qui moissonne la plus grande partie du monde, soit immédiatement, soit par les suites d'un mauvais traitement. Trouver une méthode qui puisse épargner quinze malades sur seize, c'est donc vraiment rendre un grand service à la science et à l'humanité. Et cependant, lorsqu'on réfléchit, d'un côté, que la pneumonie est une maladie inflammatoire par excellence ; et de l'autre, que de toute la pathologie, les maladies franchement inflammatoires sont celles contre lesquelles notre art possède les moyens les plus sûrs et les plus rationnels, on croirait qu'il n'était pas difficile de trouver cette méthode.

Le premier qui a reconnu la nature de la pneumonie, aura dû certainement être conduit à reconnaître l'utilité des émissions sanguines pour la combattre ; et c'est pourquoi la saignée est un moyen presque aussi vieux que la médecine. Aujourd'hui encore, la plupart des médecins saignent leurs malades atteints de pneumonie. Mais s'ils n'obtiennent pas les mêmes résultats, que faut il en conclure ? Que leur manière de saigner n'est pas bonne, puisqu'en saignant d'une manière différente, on obtient de si beaux résultats.

Vous n'avez jamais vu peut-être enlever le plus grand nombre de pneumonies, et même très-graves, au bout de trois, quatre, cinq et six jours ; mais a-t-on aussi employé les émissions sanguines avec autant de persévérance et de sagesse que nous l'avons vu faire ? C'est donc dans l'emploi de ce nouveau procédé d'une méthode de traitement connue depuis si long-temps, que repose toute la différence de ces résultats. Au moins je ne crois pas que ce soit la condition atmosphérique qui en soit la cause, parce que je pense qu'elle est la même à la Charité qu'à l'Hôtel-Dieu ou ailleurs.

Je pense que je ne pourrai ajouter plus de poids à ces résultats, qu'en indiquant que la méthode par laquelle ils ont été obtenus appartient à M. le professeur Bouillaud.

A. RACIBORSKI.

(1) Depuis que j'ai écrit ce rapport, il vient d'arriver à l'hopital deux nouveaux malades avec la pneumonie la plus tranchée et la plus manifeste. Un d'eux, couché au n. 12, entra en convalescence le troisième jour de son arrivée, après qu'on lui eut tiré neuf palettes de sang et appliqué vingt-cinq sangsues et deux ventouses scarifiées sur le côté malade. Les autres moyens *ut suprà*. L'autre, couché au n. 14, atteint d'une péripneumonie droite avec épanchement pleurétique, fut en voie de guérison, dès qu'on lui eut tiré six palettes de sang et appliqué deux ventouses scarifiées sur le côté malade.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, professeur.

Violente contusion à la face ; par suite nécrose de l'os malaire ; fistule ; traitement.

Au n° 1 de la salle Sainte-Marthe, est couché un jeune homme âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Ce malade, qui exerce l'état de bijoutier, est entré le 21 avril dernier. Il a dit éprouver depuis plusieurs années des douleurs, des picottemens à la poitrine ; à différentes reprises, il a expectoré des crachats sanguinolens ; ses pommettes sont colorées, et l'on peut craindre une phthisie pulmonaire.

Ce n'est pourtant pas pour cette affection qu'il a été admis dans le service chirurgical.

Il y a trois mois, étant un jour à lutter avec un camarade, il reçut de ce dernier un violent coup de tête dans

la région malaire gauche. Cette contusion fut suivie d'une tuméfaction considérable de nature inflammatoire ; un abcès succéda à ces premiers accidens, et une incision qui fut pratiquée par un médecin de la ville, donna issue à une assez forte quantité de matière purulente.

Au moyen d'un régime et de soins bien dirigés, le malade paraissait devoir guérir, sans un trajet fistuleux qui exista constamment au niveau de l'articulation de l'os malaire et maxillaire. C'est pour obtenir la guérison de cette fistule, que le malade fut présenté à l'Hôtel-Dieu.

Une exploration attentive, pratiquée l'aide d'un stylet, fit bientôt reconnaître à M. Dupuytren la cause de la persistance de cette fistule. Il trouva une nécrose de presque toute la face antérieure de l'os malaire. Le professeur a agrandi dès lors l'ouverture fistuleuse, et extrait quelques petites portions d'os nécrosées. La plaie a été ensuite pansée simplement, ses bords étant un peu écartés, pour permettre la libre sortie des portions d'os nécrosées qui viendraient à se séparer. Comme il existe une esquille assez large et non encore entièrement mobile, M. Dupuytren, dans le but de débarrasser plus promptement le malade et d'aider à la nature, a fait faire par M. Charrière un instrument en forme de vrille, destiné à perforer l'os mort et à l'enlever.

Depuis le jour où la première opération a été pratiquée, le malade n'a éprouvé aucun accident ; on cherchera à prévenir ceux qui pourraient se déclarer du côté de la poitrine, en appliquant un exutoire au bras du malade.

N° DU 13.

HOTEL-DIEU.

Service de M. SANSON,

Observation de fracture de côtes avec déchirure du poumon, suivie de pneumonie ; guérison.

Le 2 février, fut reçu salle Sainte-Jeanne et couché au n° 12, le nommé Hivelin, cocher, âgé de 45 ans, d'une complexion peu robuste.

La veille, une voiture publique ayant heurté dans sa course celle qu'il conduisait, il avait été renversé par le choc, sous l'une des roues de sa propre voiture, qui passa sur la partie latérale droite de la poitrine. Au moment de la chute, Hivelin perdit connaissance, et resta dans cet état sur la voie publique environ deux heures ; transporté alors dans une auberge voisine, il revint à lui après avoir reçu quelques secours, et fut conduit le lendemain à l'Hôtel-Dieu.

Au moment de son entrée, on put facilement reconnaître que les troisième et quatrième côtes du côté droit avaient été fracturées à peu près à la réunion des deux moitiés antérieure et postérieure de leur corps. On trouvait au toucher une dépression très-sensible, naissant un peu au-dessous du niveau du creux de l'aisselle, et se prolongeant trois ou quatre pouces plus bas, sur la région latérale du thorax. Lorsque l'on pressait avec les doigts, d'une part sur l'angle des côtes précitées, de l'autre sur leur extrémité sternale, on déterminait une crépitation manifeste, qui se reproduisait plus faiblement dans les mouvemens d'inspiration et d'expiration : la respiration courte et fréquente provoquait de vives douleurs dans le point correspondant à la fracture ; le malade osait à peine respirer. La douleur devenait surtout intolérable dans les efforts de toux. La face injectée, exprimait l'anxiété. Le pouls était plein et fréquent. Depuis l'accident le malade n'avait pas craché de sang. On prescrivit une large saignée, des compresses résolutives *loco dolenti*, un bandage de corps convenablement serré, de la tisane pectorale gommée pour boisson ; la diète.

La saignée et la compression circulaire de la poitrine rendirent la respiration un peu moins pénible pendant la journée ; la nuit fut sans sommeil.

Le 3 février, au matin, le malade se plaignait de souffrir beaucoup du côté en respirant ; les pommettes étaient très-colorées, la peau était chaude, la soif vive ; le pouls un peu moins plein, mais plus rapide que la veille, donnait 100 à à 110 pulsations par minute. On essaya de percuter et d'ausculter la poitrine, mais Hivelin, promptement fatigué par cet examen, ne permit pas de le continuer ; toutefois on constata une matité très-prononcée dans le côté droit. Saignée de trois palettes ; le reste de la prescription continuée.

Le 4, expectoration de quelques crachats muqueux ; toux fréquente, douleur de côté toujours très-vive ; pouls à 100 pulsations.

Dans la nuit qui suit, le malade commence à expectorer quelques crachats visqueux fortement teints d'un sang rouge vermeil.

Le 5, à la visite, Hivelin est plus abattu que la veille ; la respiration est courte et fréquente ; la peau très-chaude ; le pouls petit, mais dur et très-vif. On entend un râle crépitant sec, marqué dans le point correspondant à la fracture. Saignée de deux palettes ; seconde saignée conditionnelle d'une palette pour le soir ; l'expectoration sanguine ayant augmenté, elle est pratiquée.

Le 6, au matin, le crachoir du malade est rempli de sang rouge presque pur, dans lequel sont suspendus quelques crachats visqueux ; les forces sont plus déprimées que la veille ; la langue est sèche, et couverte ainsi que les lèvres d'un enduit noirâtre produit par du sang coagulé ; la soif est vive. Le pouls petit est serré, bat 120 à 130 fois par minute. L'oreille appliquée sur le côté droit de la poitrine, ne perçoit aucun bruit respiratoire ; elle distingue en arrière et au-dessous de l'omoplate une crépitation fine. Saignée d'une palette et demie ; l'hémoptisie continue dans la journée et la nuit.

Le 7, le 8, le 9 et le 10, même état. Quelques cuillerées de sang sont tirées de la veine à plusieurs reprises ; des sinapismes sont promenés sur les extrémités.

Du 11 au 13, la proportion du sang expectoré a notablement diminué. Le crachoir contient des crachats adhérens au fond du vase, d'une couleur jus de pruneaux, non mêlés d'air, mélangés d'une petite quantité de matière grise qu'on reconnait pour du pus. On ne peut ausculter le malade.

Du 14 au 15, affaissement considérable ; on n'observe plus que quelques taches de sang noirâtres dans les crachats : ceux-ci sont abondans et offrent les signes caractéristiques

de l'inflammation pulmonaire arrivée à sa seconde période. Le pouls, presque filiforme, bat avec une extrême rapidité. La fin du malade paraît inévitable et prochaine.

Dans cet état d'épuisement de ses forces, il était difficile de concevoir qu'il pût résister aux suites d'une inflammation étendue du parenchyme pulmonaire se terminant par suppuration. Les émissions sanguines dont on avait retiré de bons effets pour calmer la réaction générale, avaient été poussées jusqu'aux dernières limites où leur emploi pouvait être utile; restait un moyen thérapeutique dont le succès a été plusieurs fois constaté dans des cas de pneumonie très-graves, alors que les évacuations sanguines avaient été impuissantes pour en arrêter la marche, je veux parler de l'émétique à haute dose. Mais l'inflammation spontanée du poumon offre des conditions différentes de celle occasionnée par une cause traumatique; or c'est dans les cas de la première espèce que l'efficacité de ce médicament a été reconnue; son emploi était donc incertain, et il était à craindre d'ailleurs que l'état de l'économie ne pût en supporter l'action énergique, et surtout que s'il venait à provoquer des vomissemens, son emploi ne fût suivi d'accidens graves.

M. Sanson se borna, en conséquence, à prescrire quelques cuillérées de bouillon de poulet, dans le but de soutenir les forces.

Le 17, le crachement de sang avait complétement cessé. Il était survenu du dévoiement qui résista pendant quatre jours aux lavemens amidonés et laudanisés, et céda à l'emploi de deux gros de diascordium pris à l'intérieur.

Du 18 au 23 février, l'état, hors le dévoiement, était resté à peu près le même. La prostration était telle qu'on pouvait à peine obtenir quelques paroles de lui, la proportion du pus dans les crachats avait augmenté. Le pouls était déprimé et très-rapide; la maigreur était extrême.

Le 24, on commença à observer du mieux, qui devint plus sensible les jours suivans. La peau était moins sèche et moins chaude, le pouls moins accéléré, la figure moins abattue. Le bouillon de poulet fut remplacé par le bouillon de bœuf. La position du malade continua de s'améliorer.

Le 1er mars, la douleur du côté avait cessé et ne reparaissait que dans les efforts de toux qui revenaient par quintes à différens momens de la journée; mais surtout le matin. Ces quintes étaient suivies de crachats muqueux fortement imprégnés de pus; quelques-uns même étaient entièrement formés d'un pus lié et consistant qu'on eut dit échappé d'un phlegmon. Le crachoir en était rempli deux fois dans les 24 heures.

Le 2 mars, l'appétit était prononcé; on accorda des potages. Le lendemain Hivelin fut levé pendant deux heures. A dater de ce moment, la convalescence fut établie, et ne fut traversée par aucun accident. Le dévoiement ayant reparu, céda de nouveau à l'emploi du diascordium.

Pendant les quinze jours qui suivirent, les forces revinrent graduellement, le malade continua de rendre le matin quelques crachats purulens, mais moins abondans, à la suite de toux. Le pouls avait repris son rithme normal, mais prenait un peu de développement le soir; le malade mangeait le quart d'alimens.

Enfin, Hivelin sortit le 24 mars parfaitement guéri, toutefois trop faible pour reprendre ses travaux.

N° DU 15.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. BALLY ET PIORRY.

Pleuro-pneumonie en arrière et à droite; congestion pulmonaire (pneumonie) en avant et à gauche; hépatite; ictère en rapport avec un obstacle au cours de la bile; par M. A. GODIN, élève à la Salpêtrière.

Au n. 58 de la salle Saint-Landry, est entré, le 28 avril, le nommé ***, âgé de trente-sept ans, ouvrier en bretelles, habitant Paris depuis vingt-cinq ans.

Cet homme eut, il y a sept ou huit ans, des douleurs dans la région du foie, une fluxion de poitrine et cracha du sang. Cette maladie dura quinze jours; le rétablissement fut complet; depuis, aucun accident.

Il y a cinq jours, sans aucun prodrôme, ayant éprouvé beaucoup de chagrin au sujet d'une maladie grave dont son enfant était atteint, il fut pris de courbature, puis de frisson et de chaleur; sensation de douleur au creux de l'estomac; Perte de connaissance, toux, crachats rouillés. Le malade, interrogé avec soin, assure être devenu jaune presque subitement. Urines rougeâtres, selles noirâtres.

Il a fait diète jusqu'à son entrée à l'hôpital; la veille, vingt sangsues furent appliquées sur le creux de l'estomac.

Le 29 au matin, à la visite, voici quel était son état: langue blanche, douleur légère à l'épigastre; pas de douleur de ventre. Le foie, examiné avec le plus grand soin, et limité par des lignes, s'étend largement dans tout l'hypochondre gauche; il va en s'amincissant de droite à gauche; sa hauteur, dans ce dernier sens, est de quatre pouces; elle est de dix pouces dans le premier. Au-dessous du bord du foie, dans l'étendue de deux pouces, se trouve la vésicule biliaire, reconnaissable à sa forme dessinée par une matité moins prononcée, et avec moins de résistance au doigt que celle du foie. Grande dilatation des cavités droites et gauches du cœur. Matité sans résistance au doigt dans le poumon gauche en avant; là peu de respiration. En arrière et à droite, matité avec résistance au doigt; bronchophonie, respiration bronchique, à peu près deux onces de crachats rouillés, visqueux, adhérens, spumeux. La respiration se fait par les côtés, environ trente-six fois par minute; le pouls est à 80, médiocrement fort; teinte ictérique prononcée; faiblesse générale.

Traitement. Une saignée, réitérée ce soir; sulfate de soude, deux onces; vésicatoire sur le côté droit et en arrière de la poitrine; diète; trois pots de tisane; looch blanc.

La première saignée a été de douze onces, la seconde de huit; le caillot est très consistant; à peine y a-t-il de la sérosité; celle-ci est remplacée par une couenne très-jaune et très-épaisse. Le purgatif n'a déterminé que trois selles de matières liquides et jaunâtres.

Le 30, le foie est peu diminué, mais il s'est élevé d'un pouce dans le thorax, preuve que la respiration se fait mieux.

La vésicule biliaire est encore dilatée. Diminution des cavités du cœur. Retour de la sonoréité et de la respiration dans le poumon gauche en avant.

Les mêmes symptômes persistent en arrière et à droite ; on y trouve un peu d'égophonie ; l'artère donne 80 pulsations ; la langue est rose ; teint jaunâtre de la peau, point de symptômes nouveaux. A peu près deux onces de crachats verdâtres, quelques-uns rouillés. L'urine est bourbeuse, sans sédiment.

Une nouvelle saignée copieuse, réitérée ce soir ; sulfate de soude, deux onces ; quatre pots de tisane ; looch blanc ; diète.

La première saignée donne onze onces de sang, la seconde neuf ou dix.

Le 2 mai, la teinte jaune a presque disparu ; les crachats ne sont presque plus verts. Le foie est considérablement diminué ; on ne retrouve plus la vésicule. La sonoréité et l'élasticité reviennent en arrière et à droite. La respiration y est encore faible et bronchique ; 28 respirations par minute ; un peu de toux grasse ; trois onces de crachats constitués par des mucosités visqueuses. Les urines ont été abondantes et claires. L'état général est très-satisfaisant. Looch blanc ; diète.

Le 3 et le 4, le foie est revenu à son volume normal, plus de douleur, plus d'ictère ; crachats muqueux, spumeux. Même prescription.

Le 5, continuation du mieux être ; crachats muqueux, spumeux, n'offrant ni viscocité, ni adhérence. Les conjonctives ne sont plus jaunes ; encore un peu de matité inférieurement et à droite. Deux soupes.

Le 7, râle crépitant humide, en arrière et à droite. Encore un peu de malité, mais plus inférieurement. L'état général est très satisfaisant, Le quart.

Le 9, le malade est complètement guéri. Quelques crachats muqueux. On lui accorde la demi-portion.

Même état le 10 et le 11.

Aujourd'hui 12 mai, il n'y a plus aucun signe de maladie ; seulement un peu de faiblesse.

Le traitement fut ici dirigé contre la pneumonite, contre l'hypérémie des divers organes, et contre la cause qui, s'opposant au cours de la bile, avait déterminé l'ictère.

La modification qu'il imprima à la maladie fut des plus rapides. Dès le lendemain du jour où il fut commencé, l'amélioration était manifeste, et le troisième jour, le malade était hors de danger ; cependant, malgré la teinte des crachats, la pneumonite était évidemment au deuxième degré, et il y avait déjà une grande prostration des forces. La résolution s'opéra donc assez rapidement. Toutefois on eut pu craindre la conservation d'un noyau d'engorgement pneumonique, à cause de la persistance de la matité, inférieurement en arrière et à droite, si l'ensemble des signes n'eût indiqué un peu d'épanchement dans la plèvre. En effet, ce symptôme ne tarda pas à disparaître sous l'influence du vésicatoire dont on entretint la suppuration.

Les saignées auraient été peut-être plus nombreuses, si l'état général des forces les eût indiquées, et surtout si l'amélioration rapide à la suite des premières n'eût permis de s'arrêter là (1). D'ailleurs, les purgatifs administrés deux fois pour remplir une indication particulière, bien qu'ils soient un excitant spécial de l'intestin, n'en sont pas moins, comme nous l'a fait remarquer M. Piorry dans plusieurs autres cas, un antiphlogistique général par les pertes de liquide qu'ils déterminent, et peut-être aussi ont-ils ici agi dans le sens des saignées.

La marche, et surtout le diagnostic de l'affection concomittante du foie et des canaux biliaires, ne sont pas moins dignes d'attention. Sans la précision presque mathématique que la percussion de l'abdomen apporta dans ce diagnostic, on n'eut pas sans doute été aussi hardi dans le traitement. C'est cette méthode qui, nous démontrant la présence du foie sur la région épigastrique, nous fit rapporter à cet organe la douleur ressentie sur ce point par le malade ; c'est elle qui, démontrant la distension de la vésicule du fiel, nous fit toucher du doigt la cause organique de l'ictère, et engagea le professeur à tenter l'emploi du sulfate de soude, moyen auquel il eut peut-être renoncé si, d'une autre part, il eût cru devoir rapporter à l'estomac la douleur dont j'ai parlé plus haut. Sous l'influence de ce moyen, deux jours après l'ictère avait presque disparu.

C'est un fait de plus à ajouter à ceux que nous avons déjà vu, d'affections du foie avec ictère, rapidement enlevées par la combinaison des évacuans et des émissions sanguines.

Ici, ce ne fut qu'après quatre saignées que le foie diminua de volume, et lorsque déjà l'hypérémie du poumon gauche en avant, celle du cœur avaient disparu, et que la pneumonite droite était notablement améliorée. Devons-nous en conclure que l'hypérémie du foie se rapprochait de l'inflammation, que, pour parler moins longuement l'*hépatohémie* passait à l'état d'*hépatite*, ou bien que cette hépatohémie, n'étant consécutive à la congestion des organes thoraciques, ne disparut qu'après le rétablissement complet de la circulation dans ces mêmes organes ?

Dans cette dernière hypothèse, l'affection dont il s'agit rentrerait dans la classe de ces hypérémies toutes mécaniques, qui cessent dès qu'on a rétabli le cours du sang. Il est plus probable qu'on doit la ranger parmi ces congestions, qui, sous l'influence d'une même cause, arrivent à la fois dans un grand nombre d'organes, sans qu'il soit possible de dire quelle est la partie primitivement affectée.

---

(1) Personne plus que M. Piorry ne porte loin les saignées dans les affections thoraciques. Depuis plusieurs années, il a obtenu, dans la pneumonite franche aiguë, les plus beaux succès par cette méthode, à la Sa pêtrière et surtout à la Pitié. Depuis le commencement de la clinique, en ajoutant aux neuf cas déjà publiés ailleurs les sept observés dans ce dernier mois, nous n'avons perdu qu'un seul pneumonique. Encore ce décès arriva-t-il par une angine couenneuse, intercurrente, dans une pneumonite déjà compliquée d'entérite typhoïde. (L'observation en a été publiée dans ce journal.)

On peut voir par quelles recherches M. Piorry fut conduit à employer ainsi la saignée dans le mémoire sur les pertes de sang, inséré dans le Procédé opératoire de la percussion médiate 1831, et plusieurs notes et mémoires insérés en 1826 dans les Archives générales de médecine.

Dans d'autres cas également observés dans ces salles, nous avons souvent vu de ces congestions sanguines du foie coïncider soit avec une pneumonie, soit avec une hémoptysie. Une fois nous avons vu cet organe diminuer de deux pouces de hauteur, on peut dire pendant la saignée.

Chez le malade dont nous parlons aujourd'hui, le tissu du foie avait sans doute subi un commencement d'altération qui ne permit pas à l'engorgement de se résoudre aussi rapidement.

Je finis en faisant remarquer l'ictère presque subit coïncidant avec un violent chagrin. Quelle que soit la cause première de cette complication, constriction spasmodique ou autre, on pourrait croire qu'elle n'a agi que sur le conduit cystique, puisque, malgré la distension de la vésicule, les selles n'ont pas cessé d'être noires.

N° DU 17.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. BAUDELOCQUE.

Observation de fièvre typhoïde.

Onze ans; séjour récent à Paris; douleurs de tête et de l'abdomen au début, puis délire; perte de connaissance, état comateux; mort le trentième jour; ulcérations nombreuses des plaques de Peyer et des glandes de Brunner.

Durand, âgé de onze ans, écolier, d'une assez forte constitution, n'a jamais éprouvé aucune maladie grave; il habite Paris depuis dix-huit mois, et il est logé dans une petite chambre avec sa famille, composée de cinq personnes.

Vers le milieu de novembre, il est pris tout-à-coup, et sans cause connue, de céphalalgie, d'inappétence et de douleurs contusives dans les membres. Ce malaise persiste trois jours, au bout desquels survient une fièvre intense, une diarrhée abondante et du délire. Le malade alors est forcé de s'aliter; il observe la diète.

Pendant les douze jours qui suivent, la fièvre, la diarrhée, les douleurs de ventre et la céphalalgie persistent; il s'y joint de la stupeur, de la prostration, de la surdité; le délire revient presque tous les soirs; des vomissemens ont lieu pendant deux jours et ne se renouvellent plus. Pendant ce laps de temps, on applique deux fois des sangsues au fondement, et quatre fois sur l'abdomen, sans qu'il se manifeste aucune amélioration durable.

Le quinzième jour, perte complète de connaissance, état comateux alternant avec des mouvemens convulsifs des membres et des cris aigus. Un vésicatoire est appliqué à la nuque.

Entré à l'hôpital le 3 novembre, trois jours après l'apparition des derniers accidens, Durand nous offre, à la visite du lendemain, les symptômes suivans: décubitus dorsal, face pâle, traits profondément altérés, tremblement très-marqué de la langue et de la lèvre inférieure, occlusion des paupières, pupilles dilatées sensibles à l'action de la lumière, assoupissement, stupeur, prostration des forces, perte complète de connaissance, réponses nulles, évacuation involontaires des matières fécales et des urines. La peau est médiocrement chaude; le pouls bat 108 fois par minute, il est peu développé, mais n'offre ni irrégularité, ni intermittence; langue sèche et fuligineuse, déglutition des boissons difficile, soif vive, abdomen météorisé, douloureux à la pression; pas de nausées ni de vomissemens; cinq à six évacuations liquides depuis son entrée; du reste, pas de taches typhoïdes ni de sudamina; toux peu fréquente, expectoration nulle, quelques bulles de râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine. *Infusion de tilleul, deux pots; julep gommeux avec sulfate de quinine, vingt-quatre grains; deux demi-lavemens avec quatre grains de sulfate de quinine; entretenir la suppuration du vésicatoire de la nuque.*

Le 4, dix-neuvième jour de la maladie, un vomissement a eu lieu après la première cuillerée de la potion. Il ne s'est pas renouvelé. Une évacuation très-abondante a suivi le premier lavement, le second a été gardé. Paroxysme fébrile le soir, cris aigus, plaintes continuelles. La nuit a été assez calme. Ce matin, le malade demande à boire d'une voix assez distincte, et répond à quelques questions. Le pouls est plus développé, il s'est élevé à 124 pulsations. La respiration est peu fréquente, nous comptons 28 mouvemens inspiratoires par minute. La face est toujours pâle, les yeux sont brillans, les pupilles mobilles, les narines sèches et pulvérulentes; le ventre ne paraît pas plus douloureux à la pression. Pas de contracture des membres ni de paralysie. Le malade paraît très-sensible au froid. Il pousse des cris aigus lorsqu'on soulève ses couvertures, et fait des vains efforts pour se recouvrir. *Même potion, lavement avec la décoction de pavot et le sulfate de quinine.*

Le 5, vingtième jour, amélioration notable. Le malade répond à toutes les questions qu'on lui adresse. Ses réponses sont lentes, les paroles qu'il prononce mal articulées. Il se plaint de la tête et du ventre. La langue reste fuligineuse; le pouls bat 100 fois par minute. La sensibilité de la peau semble exagérée. Anxiété, agitation. Pas d'évacuation depuis 24 heures. *On continue la même prescription; on porte à six grains la dose de sulfate de quinine pour chaque demi-lavement.*

Le 6, vingt-unième jour, l'amélioration se soutient; pas de trouble notable de l'innervation; le malade dit se trouver mieux. Constipation depuis deux jours. *Lavement purgatif.*

Le 7, vingt-deuxième jour, de nombreuses évacuations ont eu lieu à la suite du lavement, elles ont été rendues sans que le malade en eût la conscience. Ce matin la face est plus altérée, l'intelligence plus obtuse, le ventre plus douloureux. Il paraît comprendre les questions qu'on lui adresse, mais ne peut y répondre. Lorsqu'on lui demande la langue, il fait des vains efforts pour la montrer et ne peut y parvenir. *On prescrit deux demi-lavemens avec la décoction de graines de lin et la tête de pavot, 24 grains de sulfate de quinine dans un julep gommeux, et 12 grains en deux paquets.*

Le 8, vingt-troisième jour, diminution des accidens qui

s'étaient manifestés la veille ; le malade reconnaît ses parens, il se met sur son séant, et demande à sortir de l'hôpital. La diarrhée persiste, trois selles liquides en 24 heures.

Le 9, vingt-quatrième jour, un vomissement et cinq évacuations liquides.

Le 10, vingt-cinquième jour, la langue est dépouillée de son enduit fuligineux, elle est seulement un peu collante. Le ventre est peu météorisé. Deux évacuations en vingt-quatre heures. Peau moins chaude et moins sèche que les jours précédens ; pouls à 112. On continue *le sulfate de quinine*.

Le 11, vingt-sixième jour, un vommissement et deux déjections. Quelques sudamines apparaissent sur l'abdomen et le thorax. Du reste, pas de traces de taches lenticulaires. Même prescription.

Le 12, vingt-septième jour, exaspération des symptômes. Face profondément altérée, yeux excavés, entourés d'un cercle livide ; assoupissement ; résolution des membres, sensibilité de la peau obtuse. Du reste pas de contracture, ni de paralysie ; deux évacuations involontaires. *On suspend le quinquina.*

Le 13, vingt-huitième jour, les mêmes accidens persistent. Bains à 30 degrés, avec affusions froides sur la tête.

Le 14, vingt-neuvième jour, face plombée, résolution des membres, sensibilité de la peau très-obtuse ; réponses nulles, enduit fuligineux des lèvres, des dents et des gencives ; vomissemens presque continuels, provoqués par l'ingestion de la plus petite quantité de liquide ; évacuations involontaires ; pouls misérable.

Mort dans la matinée du 15, le trentième jour de la maladie.

Nécropsie.

Tête. Caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur. Congestion des vaisseaux des meninges et de la périphérie du cerveau. L'arachnoïde conserve sa transparence ; elle se détache aisément des parties sous-jacentes. Le réseau de la pie-mère est infiltré de sérosité. Les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée à café du même liquide, qui est parfaitement transparent. Une once et demie environ dans les bosses occipitales. Substances corticales à l'état normal. Piqueté assez vif de la substance blanche, qui est ferme. Etat sain des parties centrales du cerveau, ainsi que du cervelet et du la moelle allongée.

Cou et poitrine. Pâleur sans ramollissement de la muqueuse du pharynx, du larynx et de l'hœsophage ; quelques rougeurs des bronches ; quelques ganglions bronchiques tuberculeux. Poumons libres d'adhérences, perméables à l'air, sans tubercules. Engouement de la partie postérieure du poumon gauche.

Cœur et péricarde sains.

Abdomen. Rougeur ponctuée de la muqueuse gastrique. Pâleur et bonne consistance de la muqueuse qui tapisse le duodénum, le jéjunum et les quatre cinquièmes de l'iléon. Dans la dernière partie de l'intestin grêle, existent quinze altérations occupant la face du canal digestif, opposée à son attache au mésentère. La valvule iléo-cœcale est inégalement criblée ; elles ont des dimensions variables ; la plus grande a deux pouces de diamètre longitudinal, et la plus petite a l'étendue d'une pièce de dix sous.

Ulcérations lenticulaires assez nombreuses dans le cœcum et le colon. Etat sain de la muqueuse dans l'intervalle des ulcérations. Ganglions mésentériques rouges et tuméfiés, sans ramollissement. Rate de volume ordinaire, diminution de la consistance de son parenchyme. Foie et reins à l'état normal.

N° DU 20.

HÔTEL-DIEU.

Service de MM. BALLY et PIORRY.

Résumé des faits de la clinique pendant le mois d'avril 1834 ; par M. E. Le RIVEREND, chef de clinique de M. PIORRY.

Dans un compte-rendu des nombreux cas qui ont fait le sujet de notre observation pendant le mois d'avril, nous passerons d'abord en revue les maladies de la circulation, puis nous arriverons à celles des organes respiratoires, et enfin les affections du tube intestinal nous occuperont en troisième lieu.

Nous commencerons par plusieurs cas d'hypérémie générale (pléthore.)

Hypérémie générale.

La fille Hoffmann, salle Saint-Joseph, n. 56, perdait habituellement beaucoup de sang par ses règles, qui d'ordinaire coulaient six jours. A la fin du premier jour de sa menstruation, on lui jeta de l'eau froide à la face pour la faire revenir d'une faiblesse ; les règles s'arrêtèrent ; elle attendit trois semaines, et elle se présenta à l'hôpital dans un état très-prononcé d'hypérémie générale. Deux saignées assez fortes firent disparaître tous les accidens.

— Une autre femme, couchée au n. 65 de la même salle, est essentiellement sanguine et d'une force athlétique ; elle refait du sang avec une facilité incroyable. Ses règles, qui sont ordinairement très-abondantes n'ont pas eu lieu depuis six semaines. Elle se présente à nous dans l'état suivant :

Veines énormément distendues, capillaires pleins. On fait une saignée très-forte ; soulagement marqué ; règles dix heures après.

Cette apparition des règles à la suite d'une saignée générale copieuse, peut, au premier abord, paraître singulière. C'est un fait que j'ai vu souvent, l'an dernier, à la Pitié, quand j'étais dans le service de M. Lisfranc, qui l'expliquait en disant que l'aménorrhée n'était pas toujours en rapport avec un défaut d'afflux de sang vers la région du bassin et de la matrice, mais qu'elle pouvait tenir à la trop grande plénitude des vaisseaux, entretenant vers l'organe utérin un état d'éréthisme qui empêche l'écoulement des règles.

Il est bien évident que dans ces cas on ne combat pas seu-

lement les symptômes de la pléthore en faisant de larges évacuations de sang, mais on agit encore physiologiquement pour faciliter un travail physiologique.

Un médecin qui raisonne se gardera bien, dans une circonstance semblable, d'augmenter la congestion par des sangsues en petit nombre aux parties de la génération, par des bains de pieds, etc. En remédiant à l'état général, il remédie à la lésion de fonctions qui en est la suite.

Un troisième cas de pléthore a été celui de la femme Mantienne, couchée encore maintenant au n. 60 de la salle Sainte-Joseph. Cette jeune femme était très-sujette aux congestions vers les viscères thoraciques et cérébrales, et surtout à celles des poumons par suite de l'excès de sang. Une saignée et des sangsues suffisaient constamment pour faire disparaître d'une manière instantanée les accidens qu'elle éprouvait, quand la nature ne la guérissait point par des crachemens de sang abondans ou une rhinorrhagie, pertes de sang qui n'empêchaient jamais l'écoulement des règles. Cette fois ci, comme toujours, le mieux suivit les évacuations sanguines faites dans les salles de la clinique, et elle allait même tout-à-fait bien, quand, quelques jours après, elle fut prise tout-à-coup et sans qu'elle eût rien présenté jusque-là de ce côté, d'un dévoiement très-fort, qui fut promptement suivi d'un état de prostration remarquable. Les selles, extrêmement liquides, sortaient sans l'influence de la volonté; il y eut des vomissemens; les lèvres et les dents étaient couvertes d'un enduit fuligineux; le ventre était météorisé; la stupeur extrême. La malade, très-colorée à son entrée, et même après les saignées, était alors d'une paleur terreuse, et au dernier point anémique, et tout cela s'était manifesté en vingt-quatre heures, dans l'intervalle d'une visite à l'autre.

Ce fait se présentait en même temps précisément que la plupart de nos malades rendaient des selles liquides, qu'il y avait des vomissemens chez quelques-uns; et chez une surtout, celle du n° 54 de la même salle, les symptômes avaient été très-tranchés avec commencement de cyanose des membres supérieurs. Sans aucun doute, c'est sous cette influence que cette femme a été si subitement atteinte des accidens que nous venons de décrire; elle a gagné dans nos salles cette gastro-entérite dans laquelle on ne peut se refuser à voir quelque chose d'épidémique.

Maladers de la circulation; dilatation des cavités du cœur.

La femme Paille, au n° 60 de la salle Saint-Joseph, portait une dilatation des cavités droites consécutive à une bronchite. Une grande partie des accidens causés par cet état se dissipèrent sous l'influence de deux saignées, et la malade sortit dix jours après son entrée à l'hôpital, avec une respiration facile et une diminution notable des palpitations. L'effet de la saignée dans ces sortes d'affections du cœur est, du reste, instantané, et on peut constater la diminution de l'organe immédiatement après l'emploi de ce moyen.

Un autre cas à peu près semblable et aussi consécutif à une bronchorrhée, guérit sous l'influence du même moyen.

Un troisième avec un bruit de souffle aux orifices, présenta une hypertrophie du foie; guérison prompte par les saignées.

Empoisonnement par les moules.

Nous avons eu à observer un empoisonnement du sang (toxhémie) par les moules. Cette affection n'est pas due à la quantité de moules mangées, mais à leur qualité. Elle se montre dans une saison de l'année où ces animaux se nourrissent de certaines plantes marines. Le cas que nous exposons a présenté cette particularité, qu'au lieu de se borner comme cela a lieu le plus souvent à la rougeur framboisée de la peau, à une éruption miliaire que fait d'abord disparaître un purgatif pris au début, en ajoutant à ce moyen les évacuations de sang s'il y a hyperhémie; il y a eu chez cette femme, ce qui n'est pas ordinaire, des coliques, du dévoiement, des vomissemens. Ces accidens seraient-ils en rapport avec ce que nous avons dit précédemment de l'influence régnant à cette époque dans nos salles? Ici on n'a pas donné de purgatifs, mais on a saigné fortement: on a donné des boissons à hautes doses pour remédier à l'état général du sang.

Cette malade a été guérie en six jours, quand le plus souvent dans cette affection causée par les moules, tout disparaît en trois jours. Cette durée plus longue tient aux accidens gastro-intestinaux qui sont venus compliquer son état.

Hémorrhagie du larynx ou des bronches.

Nous avons observé une lésion du larynx ou des parties voisines, écoulement de sang par les voies de l'air, laryngorrhagie ou bronchorrhagie au n° 61 de la salle Saint-Landry. Il est peut-être hardi de ne donner aucune part au poumon dans cette hémorrhagie, mais, pourtant, la conformation admirable du thorax, l'absence de tout symptôme de ce côté, la facilité de la respiration porteraient assez naturellement à cette conclusion.

On s'est cru fondé à agir ici sur la trachée, et on a appliqué sur cette région une vessie pleine de glace pilée. Il est vrai que beaucoup de médecins honorables ont reproché à ce moyen les repréeussions vers le poumon, et que plus d'une fois une clef placée dans le dos pour arrêter un écoulement de sang par le nez, a été cause de pneumonites graves; mais ici, M. Piorry n'emploie ce moyen qu'après avoir préalablement pratiqué des évacuations sanguines abondantes. Il compte beaucoup alors sur l'application de la glace.

Nous passerons plusieurs bronchites qui n'ont rien offert d'intéressant.

Pneumonie; pleuro-pneumonie.

Nous allons maintenant parler de sept pneumonites et pleuro-pneumonites qui ont passé dans les salles de la clinique, pendant le mois d'avril, nombre considérable relativement à ce que nous en avions observé dans les trois premiers mois. Pendant tout cet espace de temps, en effet, nous n'en avions eu que huit cas; à part une seule, toutes ces pneumonites ont guéri.

Un des cas les plus remarquables est celui d'un homme qui fut couché au n° 58 de la salle Saint-Landry ; il portait en même temps qu'une pneumonite au deuxième degré, une hépatite très-manifeste, avec obstacle au cours de la bile. La matité du poumon droit était énorme ; la respiration tout-à-fait bronchique et excessivement gênée. Le volume du foie considérable ; on pouvait limiter sur le bord inférieur de cette glande un espace grand comme une pièce de six livres ou un peu plus, qui semblait se rapporter à la vésicule remplie de bile. On combattit la pneumonite et l'hépatite par les évacuations de sang répétées ; contre l'ictère on donna des purgatifs, et, sous l'influence de ces moyens, notre malade passa de la mort à la vie : qu'on me permette cette expression. Il reste bien encore quelques points malades dans le poumon qui ne revient que peu à peu à la santé; c'est qu'il faut du temps pour que cet organe se relève d'une aussi grave affection, d'une inflammation qui a envahi une partie de son tissu ; il faut du temps pour voir se dissiper complétement les désordres qu'amène le défaut prolongé d'hématose sur un point de l'économie aussi important. Nous n'insisterons pas du reste davantage sur cette observation qui a été publiée dans tous ses détails par notre collègue et ami Godin, dans ce journal.

A ce côté de ce fait, nous avons eu une autre pneumonite dont la guérison a marché avec une rapidité qui tient du merveilleux ; en quatre jours le malade a été guéri, et je n'exagère pas en disant qu'il était en état de sortir de l'hôpital, quoique à son entrée la maladie eut une gravité alarmante.

Du reste, nous regardons ce fait comme tout-à-fait exceptionnel à ce qui arrive habituellement, car presque jamais la pneumonie ne guérit complétement d'une manière aussi prompte.

Le seul cas de mort que nous ayons eu dans nos pneumonites, a été celui de Boutez, dont l'observation a été insérée dans le n° 49 de ce journal. On se rappelle qu'il portait en même temps une entérite typhoïde, et qu'il survint dans les derniers jours de la vie une angine couenneuse qui l'enleva.

Les autres cas n'ont rien présenté de particulier, et le traitement de la pneumonite a été franchement employé. On n'a pas établi d'autres mesures dans les pertes de sang qu'on faisait éprouver aux malades, que leur influence sur le pouls, l'état général d'anémie ou de forces, la coloration des capillaires, la plénitude des vaisseaux.

Nous n'entendons pas dire ici que les évacuations de sang, portées loin et coup sur coup, appartiennent à M. Piorry ; de tout temps dans la pneumonite on a enlevé beaucoup de sang. J'ai souvent vu M. Lisfranc, l'an dernier, combattre d'une manière vigoureuse, très-vigoureuse, les complications du côté du poumon dans ses maladies chirurgicales, quand il n'y avait pas à craindre la résorption purulente; il disait, dans son langage énergique, que le médecin ne devait, dans ces cas, remettre la lancette dans le fourreaux que lorsqu'il avait exterminé la maladie, suivant en cela l'exemple de son ancien maître, M. Bosquillon, de l'Hôtel-Dieu, qu'il citait souvent, et qui, dans ces inflammations du poumon, saignait pour ainsi dire jusqu'à extinction, et ne voulait laisser de sang aux malades que ce qui leur était rigoureusement nécessaire pour vivre. Tous les médecins physiologistes suivent en général ce précepte, et ne restent pas inactifs devant cette affection tant qu'ils ne l'ont pas vaincue.

Mais plusieurs de nos pneumonites ont été accompagnées de pleurite ; deux surtout portaient un épanchement pleurétique considérable, et ils méritent qu'on en fasse mention, car le traitement que M. Piorry a suivi dans ces deux cas, a été jusqu'ici peu employé. On avait affaire à deux malades dociles, et qui ont eu le courage de se soumettre à l'abstinence complète des boissons ; M. Piorry avait rarement vu des épanchemens plus considérables, et jamais pourtant le succès n'avait été si prompt.

L'un de ces cas était fourni par une auvergnate robuste, athlétique même, qui était malade depuis dix jours. Il parait qu'on avait essayé de la saigner au début, mais que son état d'embonpoint avait empêché le résultat qu'on désirait, car il s'était écoulé tout au plus cinq ou six cuillerées de sang. On avait alors appliqué vingt sangsues aux parties de la génération. Du reste, elle avait continué à manger, mais à la fin la maladie s'aggravant chaque jour, elle avait été amenée à l'hôpital.

A son entrée, son état annonçait une mort prochaine, et ce fut le pronostic que porta l'interne de garde, homme d'un mérite connu.

Le lendemain matin, à la visite, chaque respiration est marquée par un cri de souffrance ; pouls très-accéléré, fort ; l'oreille appliquée sur la poitrine n'entend la respiration dans aucun point ; matité partout. L'épanchement s'étend assez loin pour refouler le médiastin à deux pouces et demi au-delà du bord gauche du sternum. Une forte saignée est prescrite, ou à son défaut, quatre-vingt-dix sangsues sur la poitrine ; mais on est plus heureux que le médecin qui l'avait traitée en ville, et on peut lui faire par les veines du bras une large évacuation de sang qu'on répète. Des vésicatoires énormes sont appliqués sur toute l'étendue de la poitrine. Abstinence de boissons, trois oranges pour tromper la soif; pilules de digitale, dont nous devons noter ici l'emploi, car, malgré la privation des boissons, la malade rendit considérablement d'urines ; les vésicatoires avaient aussi fourni beaucoup de sérosité. Enfin en trois jours la malade fut hors de danger, et aujourd'hui, 12 mai, elle sort. Elle était entrée le 15 avril.

L'autre malade se présenta dans les salles de la clinique amaigri par une diète très-long-temps prolongée. C'était un jeune homme de dix-huit ans, toussant presque continuellement, les yeux enfoncés, les joues caves, le teint jaune, présentant en un mot toute l'apparence de la phthisie. Le pronostic fut porté plus grave qu'il ne devait l'être.

Ce malade était affecté d'une hydro-plèvre remplissant presque toute la cavité thoracique. Le même moyen fut employé contre cet épanchement. La pneumonite fut de même traitée par les évacuations sanguines, seulement avec plus de modération que chez la femme pléthorique dont nous venons de parler.

L'abstinence des boissons est une chose vraiment héroïque contre les épanchemens dans la plèvre, et les deux faits qui précèdent viennent en confirmer l'efficacité. Les mêmes succès ne suivent pas l'emploi de ce moyen dans les hydro-péritoines.

Amygdalite.

Une amygdalite a été guérie en peu de jours par des applications de sangsues. M. Bally administrait simultanément à un autre malade portant une semblable affection, couché dans la même salle, des vomitifs, sous l'influence desquels le malade est guéri en aussi peu de temps.

Cette différence de traitement amenant la guérison de la même maladie, doit engager les médecins à ne point trop prôner leur méthode aux dépens de celle de leurs confrères. Tel médecin qui a plus d'habitude de cette médication la manie plus habilement, et peut en obtenir de meilleurs résultats.

—

HOPITAL BEAUJON.

Service de MM. MARJOLIN ET BLANDIN.

Observation d'un ostéosarcôme de l'os maxillaire supérieur gauche, ablation de la totalité de cet os. par M. CHARCELLAY LAPLACE, interne (1).

N° DU 24.

HOPITAL DE LA CHARITE.

Clinique de M. BOUILLAUD.

Tableau comparatif de trois variétés principales de la variole.

Une des questions les plus importantes qui occupent aujourd'hui le monde médical, est celle de savoir si la vaccine est complétement préservatrice de la variole ou non.

Depuis la découverte, qui fera toujours honneur au nom de Jenner, tout le monde regardait la vaccine comme le don le plus précieux dont le génie des hommes ait pu enrichir la science. Les familles décimées par la variole commençaient à se rassurer, la conviction était générale, lorsque, il y a quelque temps, en nous annonçant de plusieurs contrées que les individus qui étaient réellement vaccinés, n'avaient pas échappé à la contagion, les médecins eux-mêmes vinrent ébranler cette conviction.

Personne plus que moi n'est loin de vouloir affirmer que la vaccine est toujours un sûr préservatif de la variole; je sais des cas qui prouvent le contraire, et auxquels j'attache d'autant plus d'importance, que je les ai entendu rapporter par des personnes dont la bonne foi et les lumières sont connues. Et d'ailleurs, faut-il s'étonner que la vaccine ne puisse toujours préserver de la variole, lorsqu'il y a des faits authentiques qui prouvent la possibilité de la répétition de la variole elle-même? Mais je ne reste pourtant pas moins convaincu que ces exceptions sont bien plus rares qu'on ne le croit vulgairement, parce que dans la plupart de ces cas la matière inoculée n'était pas un vrai vaccin, ou au moins la prétendue variole n'était que la varioloïde.

(1) Cet article est supprimé pour double emploi. Voyez Gazette médicale.

Si l'on inocule à un enfant la matière recueillie après le huitième jour de l'éruption de la vaccine, devra-t-on s'étonner, puisque la matière inoculée n'est autre chose que du pus, que cette opération ne garantisse pas de la petite-vérole, bien qu'elle laisse des cicatrices plus ou moins semblables à celles de la vaccine? Et de l'autre côté, doit-on accuser l'inefficacité de la vaccine lorsque l'on voit que, quoiqu'elle ait été pratiquée convenablement, il peut arriver que, par l'indocilité de l'enfant, les boutons grattés, écorchés, passent à l'état de suppuration qui détruit leur propriété préservatrice, et peuvent d'autant mieux induire en erreur, qu'il est avéré que si la suppuration a lieu avant le sixième jour de l'éruption, elle laisse des cicatrices gauffrées tout-à-fait semblables à celles de la vaccine.

Oui certainement, c'est une grande erreur, selon nous, et qui malheureusement est adoptée par la plupart des médecins, de regarder tous les enfans vaccinés comme ayant subi l'influence de la vaccine.

Mais il y a une autre circonstance qui ne trompe pas moins souvent les médecins, savoir: le défaut d'habitude dans le diagnostic des formes de la variole. Je suis loin de voir dans plusieurs aspects de la variole des maladies d'une nature différente; au contraire, je ne reconnais qu'une seule variole qui peut être modifiée, soit par la vaccine, soit par la constitution des malades, plus ou moins favorable. Lorsque cependant, de deux variétés, il y en a une qui fait périr la plupart des malades, tandis que dans l'autre ils guérissent, il ne faut pas négliger de les examiner comparativement, d'autant plus qu'il y a quelques traits de ressemblance qui les rapprochent l'une de l'autre. C'est pourquoi nous croyons très-utile d'exposer les trois principales modifications de la variole, faire ressortir leur point de contact et de dissemblance.

Première observation. — *Variole confluente chez un jeune homme non vacciné.*

Poirmé (Joseph-Achille), âgé de vingt ans, menuisier. Il dit n'avoir pas été vacciné; cependant il porte sur les bras, dans l'endroit où on vaccine le plus ordinairement, de petites cicatrices gauffrées qu'on ne pourrait s'empêcher de prendre pour celles de la vaccine, si le malade ne le niait(1). Sa santé avait toujours été bonne; blennorrhagie depuis quelques jours.

Le matin du 26 mars, en se levant, il s'est senti mal à son aise, et a été obligé de garder le lit. Pendant la journée il éprouva beaucoup de malaise, de la céphalalgie, de la fatigue, il a perdu l'appétit; point de nausées, ni de vomissement, ni de devoiement. Continuation du même état pendant la nuit; insomnie.

(1) M. Jules Pelletan, chef de clinique dont le zèle pour la science est déjà si favorablement connu, n'a pas négligé cette circonstance importante pour tous les observateurs, et il s'est empressé de prendre des renseignemens sur ce malade dans le lieu de sa naissance; la réponse qu'il a obtenu des autorités de cette commune, était tout-à-fait confirmative de celle que nous a donné le malade.

Le lendemain (27 mars), éruption bien développée ; médiocrement confluente.

Les jours suivans, le malade resta chez lui, sans prendre autre chose que des tisanes rafraîchissantes ; et le troisième jour (1er avril), il se rendit à l'hôpital, où il fut couché au n° 13 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Le 2 avril, la figure est couverte de pustules confluentes encore peu proéminentes, entourées d'une rougeur très-vive ; les paupières ne sont encore que légèrement gonflées ; la voûte palatine, le voile du palais et la partie supérieure du pharynx, présentent un grand nombre de pustules. Langue blanche, humide, présentant quelques pustules à sa pointe ; difficultés d'avaler, anorexie, peu de soif ; selles normales, ainsi que les urines ; pas de salivation, pas de toux ; 76 pulsations par minute ; le pouls est assez fort et plein.

Le 3, cinquième jour de l'éruption, les pustules sont plus développées ; la plupart sont ombiliquées ; les joues sont rouges et gonflées ; le tronc et les membres sont couverts de pustules moins avancées que celles de la figure ; on en aperçoit quelques-unes sur le pénis ; mais principalement à l'entour de l'orifice du prépuce qui est continuellement irrité par la matière blennorrhagique. Anorexie, mal de gorge, difficulté d'avaler, salivation ; les urines et les selles normales ; 80 pulsations.

Le 4, les pustules sont plus développées ; les paupières sont très-gonflées, et ferment les yeux presque complétement ; les pustules contiennent un liquide argentin.

Le 5, la matière contenue dans les pustules devient purulente ; les urines présentent un nuage qui s'étend depuis le haut jusqu'au fond du vase.

Le 6, les pustules sont tout-à-fait opaques ; salivation continue ; les urines présentent un dépôt considérable d'une couleur rosée ; 92 pulsations.

Le 7, dixième jour de l'éruption, les pustules de la face sont en pleine suppuration ; celles des membres sont encore demi-transparentes ; salivation ; urines bourbeuses, acides. La salive ne rougit pas le papier de tournesol, 116 pulsations.

Le 8, les pustules de la face commencent à se couvrir de petites croûtes à leur sommet.

Le 9, la dessication marche ; les urines sont moins troubles, acides ; 86 pulsations.

Le 10, les croûtes de la figure tombent en partie ; les paupières sont déjà ouvertes ; 74 pulsations.

Les jours suivans, la dessication fait des progrès ; les croûtes tombent de plus en plus.

Le 15 avril on lui prescrit un bain. A la sortie, qui a lieu le 8 mai, il ne lui reste que de taches cuivreuses avec de légères dépressions au centre.

Depuis son arrivée à l'hôpital jusqu'au 12 avril, on a laissé le malade à la diète, et ensuite on lui augmentait graduellement la nourriture. Il prenait de la décoction de chiendent et de l'eau de lin pour boisson. Gargarismes résolutifs, lavemens emollens légèrement narcotisés avec têtes de pavot. Depuis que la suppuration a commencé et que les urines ont démontré la présence du pus dans les voies circulatoires, on a mis en usage les préparations chlorurées.

Je ne ferai pas de réflexions sur la maladie qui est le sujet de cette observation. Elles se présenteront mieux, lorsqu'en parlant des autres formes de la variole nous essaierons de les comparer sous plusieurs points de vue. Je ne peux cependant aborder un autre sujet sans dire quelques mots de l'état des urines qui s'est présenté à nous dans le cours de cette maladie. Nous avons vu que les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital, les urines étaient claires, transparentes, et qu'ensuite lorsque la suppuration a commencé, elles ont présenté un nuage, et que celle-ci étant établie, les urines laissaient un dépôt considérable et devenaient bourbeuses.

L'état des urines est souvent d'un grand intérêt pour le médecin : c'est un moyen précieux qui, dans quelques cas, peut éclairer beaucoup sur la marche des maladies ; malheureusement ce genre de recherches est aujourd'hui presque généralement abandonné. Le zèle que montre M. le professeur Bouillaud dans ses recherches sur les altérations que subissent le sang et les humeurs excrétées dans les différentes maladies, est un des motifs qui font mettre justement son service au-dessus de beaucoup d'autres.

L'observation suivante va nous donner un exemple très-intéressant d'une varicelle chez un individu non vacciné et qui n'a jamais eu la petite vérole. C'est une preuve de plus que la susceptibilité d'un individu non vacciné pour contracter la variole, peut, dans quelques cas, n'être pas plus grande que chez d'autres ayant déjà subi l'influence de la vaccine.

Deuxième observation. — *Varicelle chez un sujet non vacciné* (1).

Boyer (Jean), âgé de 16 ans, maçon, à Paris depuis trois semaines. Sa santé fut toujours très-bonne ; mais il y a quatre jours, il éprouva : céphalalgie, faiblesse, soif ; il n'a pas perdu l'appétit. Cet état continua le lendemain ; et le surlendemain il a vomi beaucoup de matières bilieuses, et aperçu quelques boutons sur sa figure.

Le quatrième jour, il se rendit à l'hôpital (6 mai), où il fut couché au n° 25 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Le 7 mai, il présentait l'état suivant : Quelques pustulles dont le nombre ne dépasse pas trente, sont disséminées sur la figure ; elles sont acuminées, sans dépressions centrales. Céphalalgie moindre qu'avant l'éruption. Langue rouge sèche ; épigastre douloureux à la pression. Quelques pustules sont également disséminées sur le tronc et les membres, mais elles sont très-écartées les unes des autres, et, en général, sont entourées d'une aréole vive, rosée, large. Pas de mal à la gorge. Il avale facilement. Rien du côté de la poitrine. La chaleur de la peau et le pouls sont presque normaux. Infusion de guimauve et de violette 3 pots ; potion gommeuse ; lavement émoll. ; diète.

Le 8, il présente à-peu-près le même état. Pas de fièvre ; *ut suprà*. deux bouillons.

Le 9, les pustulles se couvrent de larges croûtes à leur

(1) L'auteur parait ici considérer la varicelle comme une variole modifiée, ce qui est contraire à l'opinion générale. (*Note du Rédacteur.*)

sommet, ce qui les fait paraître ombiliquées; *ut suprà.* Trois bouillons, trois soupes; prunéaux.

Le 10, la dessication fait des progrès.

Le 12, il ne reste plus que des taches légèrement foncées dans les endroits où il y avait des pustules. Sortie.

Outre l'intérêt qu'a cette forme de la variole, sous le rapport de la rareté avec laquelle elle se présente chez les individus non vaccinés, elle n'est pas moins intéressante sous le rapport de sa marche et de sa terminaison.

Nous avons vu ici se confirmer l'opinion de Sydenham et de tous les observateurs qui l'ont suivi, que les prodrômes de la variole confluente sont toujours plus courts que ceux de la varicelle ou de la varioloïde. En effet, nous avons vu dans l'observation précédente, que c'était le lendemain de l'invasion qu'e l'éruption a commencé, tandis qu'ici elle n'a eu lieu que le troisième jour. Nous voyons de plus, dans la varicelle la période de suppuration manquer tout-à-fait. Les pustules se développent pendant les trois premiers jours; elles sont peu marquées, comme vésiculeuses, et le quatrième jour la dessication commence. C'est pourquoi également nous avons vu manquer la fièvre qui, dans l'observation précédente, était si forte lors de la suppuration, et de là vient aussi que nous n'avons rien noté du côté des urines. Dans une maladie si légère, on n'a vu aucun inconvénient de donner à manger au malade presque dès le premier jour, ce qu'on n'aurait pas fait certainement, quoique quelques auteurs soutiennent le contraire, au sujet de l'observation précédente, par crainte de produire quelques accidens graves du côté des voies digestives ou du côté du cerveau.

Maintenant je veux passer à une autre forme de variole qui a lieu quelquefois chez des individus non vaccinés, mais se rencontrant le plus souvent parmi les personnes exposées à l'action du virus variolique, et dont la constitution était préalablement modifiée par la vaccine. Je dois ajouter que c'est une forme de la variole qui a certainement plus d'une fois induit les praticiens en erreur, et qui leur a inspiré du doute sur l'efficacité de son moyen préservatif.

Je veux parler de la varioloïde.

Troisième observation. — *Varioloïde chez un individu vacciné.* (1)

Couetou, élève architecte, âgé de 22 ans. Il se porte bien habituellement; vacciné dans son enfance. Il est malade depuis sept jours. Pendant les trois premiers jours il éprouva beaucoup de céphalalgie, lassitudes, perte d'appétit, soif.

Le quatrième jour, il a beaucoup de fièvre, et a fait appeler un médecin qui lui a fait une saignée de huit onces.

Le cinquième jour, l'éruption a commencé sur la figure.

Le lendemain, 29 avril, il est entré à l'hôpital, où il était couché au n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Le 30 avril, troisième jour de l'éruption, les pustules couvrent en grand nombre la figure sans être confluentes. Les membres, mais principalement les mains, en sont couverts. Les pustulles sont tantôt acuminées, tantôt larges, bien peu sont ombiliquées; quelques-unes se couvrent déjà de croûtes jaunes à leur sommet. La céphalalgie est moindre depuis le commencement de l'éruption. Langue blanche humide, rouge sur les bords et à la pointe, où on voit quelques pustules. Yeux un peu rouges; amygdales rouges et gonflées sans fausses membranes. 88 pulsations; chaleur douce de la peau. Infusion de guimauve et de viol.; gargar. résolut. avec 1/2 gros de chlorure de soude pour 10 onces de liquide; cataplasme autour du cou; diète.

Le 1er mai, quatrième jour de l'éruption, la dessication commence.

Le 2 mai, les pustules de la face sont déjà couvertes de croûtes; celles des membres perdent leur transparence. Ophthalmie légère, insomnie, pas de mal à la gorge.

Les 3, 4 et 5, la dessication fait des progrès. Plusieurs croûtes de la face sont déjà tombées; *ut suprà.* Pilules opiacées contre l'agrypnie; un peu de bouillon.

Les jours suivans, il est dans une convalescence parfaite.

Le 10, il sent un peu de douleur dans les genoux. Bain; la demi-portion.

Le 14, sorti en pleine santé, ne conservant que des taches très-légères, brunes, rougeâtres, qui diminuent d'intensité de jour en jour.

Nous avons vu, dans cette observation, que les prodrômes de la varioloïde ont existé pendant les quatre premiers jours, et que c'est le cinquième jour que l'éruption a commencé. Cette longueur de l'invasion a pu nous faire déjà présumer la forme sous laquelle devait se présenter la variole, mais l'aspect des pustules nous a confirmé encore davantage dans notre opinion. Nous avons vu que la plupart des pustules étaient acuminées, quelques-unes larges, mais sans ces dépressions centrales qui caractérisent la variole non modifiée par la vaccine. La suppuration, si on peut appeler ainsi la transformation du liquide contenu dans les pustules, d'argentin en jaune trouble, commença dès le quatrième jour; les pustules se couvrirent en même temps de croûtes jaunâtres qui, le dixième jour de l'éruption, ont tout-à-fait disparu; tandis que dans la variole non modifiée, nous avons vu les pustules au dixième jour, être encore en pleine suppuration.

Enfin à la sortie du malade de l'hôpital, il ne portait que de légères traces qui disparaîtront au bout de quelques jours; tandis que le malade atteint de la variole confluente, présentait des marques rouges foncées avec des dépressions au centre, dont il conservera certainement quelques cicatrices.

A. Raciborski.

---

(1) Outre ces trois cas, il s'est trouvé dans le même service, dans le courant du mois d'avril, trois autres cas, savoir : une varicelle, une varioloïde et une variole des plus confluentes. C'est le seul cas où le malade a succombé, lors de la période de suppuration, qui était très-orageuse.

Dans les derniers jours du mois d'avril est venue à l'hôpital une jeune femme atteinte de la variole très-confluente. Aujourd'hui elle est déjà en convalescence. Une autre jeune fille est venue les premiers jours de ce mois, avec la varicelle commençante; au bout de trois jours elle a quitté l'hôpital en santé parfaite.

N° DU 27.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. BALLY ET PIORRY.

Résumé des faits de la clinique pendant le mois d'avril 1834 ; Par M. E. LE RIVEREND, chef de clinique de M. PIORRY.

Gastropathie, vomissemens acides.

Nous avons dans la salle St-Joseph, au n. 56, une femme portant une gastropathie avec vomissemens acides. C'est une chose remarquable que cette acidité des vomissemens dans certains états pathologiques de l'estomac. L'explication ne peut pas s'en trouver dans la pathologie seule ; il faut encore interroger la physiologie.

En effet, si l'on se rappelle les expériences faites sur les sucs gastriques par Spallanzani, plus récemment par MM. Tiedemann et Gmelin, et surtout si l'on se reporte aux travaux de Montègre, qui fit passer ces sucs et la salive à tous les degrés d'acidité possible : on se formera peut-être des idées autres que celles généralement admises sur la nature de ces vomissemens acides.

Dans le but d'éclairer, s'il est possible, la question, on recommande à la malade qui fait le sujet de l'observation actuelle, de ne pas avaler sa salive, mais de la rendre dans un crachoir à mesure qu'elle sera sécrétée.

Si c'est à cette salive qui s'acidifie en séjournant dans l'estomac qu'est due l'acidité des matières rendues, évidemment on aura fait un grand bien à cette femme en empêchant ce fluide d'arriver dans la cavité stomacale. La croyance qui attribuerait cette affection à une lésion de l'estomac, n'est pas absolument rejetée par M. Piorry. Cette lésion peut être un rétrécissement, lequel lui-même pourrait être spasmodique. Qui empêcherait en effet l'orifice de l'estomac d'être soumis à ces spasmes qui affectent si souvent l'orifice inférieur du rectum, le canal de l'urètre, l'œsophage, etc. Pourtant ici, depuis deux mois, les matières ingérées sont constamment vomies. Ces matières sont suivies d'un liquide filant, visqueux, très-abondant quelquefois ; mais on sait que dans certains états pathologiques de l'estomac, dans la maladies du pylore, par exemple, l'afflux de salive dans cet organe est beaucoup plus considérable que dans l'état de santé.

Du reste, considérant les travaux importans de M. Prus sur le sujet qui nous occupe, on va donner de l'opium, si l'essai que l'on tente en faisant rendre toute la salive sécrétée n'a pas de bons résultats.

Dilatation énorme de l'estomac.

Nous avons vu un cas de dilatation énorme de l'estomac, tenant probablement à un carcinôme de l'orifice inférieur, consignée pas notre collègue, M. Godin, dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Tous les signes qui avaient conduit M. Piorry à diagnostiquer cet état de l'estomac tel qu'il est décrit dans l'observation, n'étaient pas illusoires, et on ne devait rapporter qu'à cet organe dilaté la matité qu'on rencontrait dans une si grande étendue, ce que n'aurait certainement pas eu moyen de reconnaître un homme non familiarisé avec le procédé de la percussion appliqué à l'examen des divers organes. On vérifia le diagnostic en excitant de toutes les manières possibles les vomissemens chez cette femme, qui rendit trois ou quatre pintes de matières presque liquides. Après ce vomissement, l'espace occupé par la matité s'était considérablement rétréci. Qu'a-t-on employé contre cette affection, datant de trente ans? Les moyens violens? La ciguë et les mille autres préparations analogues? La compression longtemps exercée? Non, sans doute, et très-probablement si on avait cherché à guérir le cancer existant chez elle ; si on l'avait médicamentée, au lieu de vivre encore trente ans, ce qu'elle peut très-bien faire avec les moyens hygiéniques qu'on lui a conseillés, il y a long-temps peut-être qu'elle aurait succombé.

Entérite.

Nous avons eu six cas d'entérite. L'un s'était montré sous l'influence d'émanations putrides ; c'est celui d'un maçon qui, occupé à étayer une fosse d'aisance, prenait ses repas en sortant immédiatement de son travail, et souvent même dans la cave où se trouvait cette fosse, qui dégageait des miasmes septiques. Il guérit en peu de jours à l'aide du traitement ordinaire de l'entérite. Aération ; boissons à haute dose ; lavemens émolliens ; diète : évacuations sanguines locales.

— Un autre individu a présenté des circonstances de mauvaise habitation ; l'entérite a montré la plus grande opiniâtreté, et dure même encore un peu. Il y a vingt jours que le dévoiement persiste, sans qu'aucun symptôme typhoïde se soit manifesté. Cette persistance porte à penser que les glandes de Peyer sont malades. On revient aux évacuations sanguines.

—Une troisième, couchée au n. 66 de la salle Saint-Joseph, est morte à la suite d'une entérite chronique, datant du choléra, dont elle avait été atteinte. Elle était dans nos salles depuis quelque temps. L'entérorrhée, qui était assez forte, s'arrêta, et en même temps il se manifesta des accidens crébraux très-violens ; la malade succomba. On trouva à la nécropsie des ulcérations sur plusieurs points de l'intestin. Une grande quantité des plaques de Peyer étaient enflammées, et quelques-unes détruites. Le cerveau, à gauche, était presque sain, seulement les meninges étaient injectées. L'hémisphère droit présentait un ramollissement intéressant les corps striés et les couches optiques.

Il y avait eu résolution du membre inférieur et supérieur gauche ; insensibilité presque absolue.

Les trois autres cas n'offraient rien de remarquable, sauf celui dont nous avons déjà parlé, et qui avait présenté des signes en rapport avec le choléra sporadique.

Fièvres intermittentes.

Arrivons à quelques fièvres intermittentes qui ont été

traitées dans les salles de la clinique. Elles sont au nombre de quatre, dont trois quotidiennes et une tierce.

Dans ces quatre cas, il y avait hypertrophie de la rate, et le sulfate de quinine a guéri presque instantanément. Celle de ces fièvres qui se présenta avec le type tierce, fut remarquable par les détails qui vont suivre : la fièvre devait revenir le surlendemain du jour où on examina le malade. On put fort bien apprécier l'hypertrophie de la rate. On donna du sulfate de quinine, 30 grains en une seule dose.

Le lendemain, la rate était diminuée d'un tiers. Partant le sulfate de quinine ne guérit pas l'hypertrophie de la rate en faisant cesser la fièvre, mais bien en portant son action sur la rate elle-même et sur le sang qui arrive à ce ganglion; mais voici un cas qui semble mettre ce fait hors de doute.

Un individu avait eu anciennement une fièvre intermittente, et la rate depuis était restée hypertrophiée. Il était dans la salle St-Landry pour une entérite dont on attendit la guérison avant d'employer le sulfate de quinine. Ce moment arriva bientôt, et le médicament employé dans ce cas sans fièvre coexistante, fit revenir en peu de jours la rate à son état normal.

Affections cérébrales.

Quelques congestions vers le cerveau, des céphalalgies sus-orbitaires ont passé dans le service, et n'ont présenté aucune importance; mais M. Piorry nous a parlé d'une lésion cérébrale, que je tâcherai de reproduire ici, et je crois, à cause de l'intérêt que ce cas présente, qu'on ne me saura pas mauvais gré de l'avoir donné, quoiqu'il soit étranger à la clinique dont ces pages sont le résumé. C'est une des observations les plus remarquables que possède la science sur les lésions du système nerveux, et elle n'a peut-être pas encore son analogue dans l'histoire des affections cérébrables. Elle présente les faits les plus confirmatifs et les plus concluans à l'appui de l'opinion qui admet l'isolement des organes cérébraux présidant aux diverses fonctions des sens.

Et d'abord, rappelons-nous un cas qui se présenta au n° 64 de la salle Saint-Joseph, d'une tumeur développée à l'origine de la septième paire et ayant déterminé la surdité, tumeur diagnostiquée pendant la vie, ainsi que le ramollissement du cerveau autour de cette tumeur; seulement on trouva encore à la nécropsie, une tumeur encéphaloïde du cerveau à droite, qui n'avait pas été annoncée.

M Piorry nous parla alors à cette occasion, d'un cas où la cinquième paire paraissait être le siége d'une lésion : c'est l'histoire que je viens d'entamer et que je poursuis.

La jeune anglaise qui en est le sujet est d'une constitution molle, lymphatique. Une de ses sœurs est morte subitement d'une maladie cérébrale. Elle eut, il y a deux ans, un abcès assez considérable au col. Il y a quatre ans, elle aurait éprouvé une contraction de la tête et des muscles cervicaux. Inclinaison de la tête à gauche; abaissement de la paupière du même côté, et de temps en temps douleurs de la partie gauche supérieure de la tête jusqu'en bas. Un grand nombre de praticiens anglais et français furent consultés. Le mal ne fut pas guéri. Il se manifesta des accidens hystériques d'une alarmante gravité qui avaient lieu dans la journée, mais surtout le soir à des heures assez fixes. Au moment des accès, sensation de la boule, serrement des dents, convulsion hideuse de la face; à côté de cela, les autres organes intérieurs semblent ne recevoir aucune atteinte. Cet état dure trois heures le premier jour.

Le lendemain et le surlendemain les accès se reproduisent : tous les moyens possibles, l'assa-fœtida, le musc, le sulfate de quinine, l'opium, la salicine, etc., sont employés sans le moindre succès, et les attaques deviennent chaque jour et plus longues et plus graves. Les douleurs dans le côté gauche de la tête sont atroces. On applique sur le sommet du crâne un moxa qui ne détermine autour de lui aucune inflammation, et ne sollicite pas même la moindre tache de rougeur ou la plus légère réaction; l'état des organes intérieurs reste toujours excellent. On a recours alors à l'électricité; on dirige d'abord un courant, puis des étincelles Douleurs atroces; une surdité complète avait lieu depuis trois jours, et la chute du corps le plus lourd sur le parquet à côté d'elle, ne se révélait pas à son ouïe. La narine du même côté gauche était insensible aux odeurs, et la paupière était abaissée.

Le lendemain de l'apparition des ces douleurs atroces, le bras du côté gauche perd le sentiment à la suite de contractions épileptiformes.

Le surlendemain, nouveaux mouvemens épileptiformes du membre supérieur du côté opposé. Paralysie du sentiment et du mouvement consécutive.

Deux jours après, accès épileptiformes, et ensuite résolution des deux membres inférieurs. Les douleurs de tête persistent. Cet état reste stationnaire pendant un mois; mais il y a douze jours elle perd la vue. L'intelligence demeure intacte; elle rend parfaitement compte de ce qu'elle éprouve. Ses pensées sont tristes; elle s'afflige et pleure sur sa situation. Elle reconnaît par le toucher les personnes qui l'approchent, et distingue parfaitement ses deux sœurs entre elles. Le tube digestif est toujours sans symptôme de maladie. On ne trouve rien d'anormal du côté du cœur. Il faut toutefois la forcer à manger, sans cela elle ne le ferait pas. Déjà un mois avant, elle avait été atteinte d'une pneumonite hypostatique qui fut guérie par des saignées et un vésicatoire. M. Piorry voyait cette malade conjointement avec un praticien très-éclairé de Paris, M. le docteur Moynier. Des accès de suffocation se manifestent de nouveau. La face prend de la lividité. L'intelligence commence à faiblir.

Le diagnostic porté est : Tumeur à la base du crâne, comprimant la cinquième paire, ce qui rend compte de la perte de l'ouïe. Plus tard : Développement de la tumeur en avant, qui détermine la perte du sentiment et du mouvement, et s'étendant d'abord aux corps striés qui correspondent au mouvement des membres supérieurs, et de là gagnent les corps striés, ce qui explique la résolution des membres inférieurs. Quelle est la nature de la tumeur? Il y a eu antérieurement un abcès au cou. Il s'agit probablement d'un tubercule.

Tout espoir semblait enlevé, et chacun s'attendait à la mort de cette pauvre jeune fille. On plaça un séton à la nuque en désespoir de cause.

Le lendemain, les symptômes précédens ayant continué jusque-là, tout à coup elle dit : « Oh ! mon Dieu !.... qu'est-ce que je sens ?... cela se brise !.... Ah ! c'est fini !... voilà que cela coule dans ma tête !.... mais j'y vois.... oh ! mon Dieu !.... » Ce sont là ses paroles à peu près textuelles ; en effet, elle entend, elle voit, elle exécute quelques mouvemens. La voilà guérie ; et depuis, pas le moindre symptôme n'a reparu.

On ne s'était ici trompé que sur la nature de la tumeur ; au lieu d'être, comme on l'avait annoncé, un tubercule ramolli, c'était un kyste qui s'est rompu. Comment s'est-il rompu ainsi ? Certes, il est difficile de l'expliquer, mais de quelque manière que la chose ait eu lieu, la marche des symptômes, l'ensemble des phénomènes, la disparition brusque des accidens ne permettent pas d'établir des données autres que celles fondées sur la présence d'un kyste.

Sans doute ici la médecine était bien impuissante à guérir directement la maladie : elle ne pouvait pas porter le bistouri dans le kyste ; mais, il n'en est pas moins vrai que c'est à la médecine qu'est dû l'honneur de la guérison, car c'est la médecine qui a enlevé la pneumonite hypostatique quand elle pouvait actuellement tuer la malade ; c'est la médecine qui a donné le temps à cette heureuse terminaison de survenir, en forçant la malade à vivre jusque-là, c'est-à-dire à se nourrir, lorsque le tube digestif étant sain, le besoin de prendre des alimens ne se faisait pas sentir.

Le sulfate de quinine, dans ce cas, a complétement échoué, et il en devait être ainsi comme on le sent facilement.

Affections musculaires.

Nous avons eu quelques cas de souffrances, de fatigues dans les muscles qui ne présentent pas un grand intérêt. Quelques jours de repos et une saignée quand les accidens avaient été assez forts pour amener une réaction générale, ont suffi pour faire disparaître complétement tous les symptômes. Cependant on n'a peut-être pas assez noté les cas où ces douleurs s'accompagnent du dernier caractère, c'est-à-dire de fièvre, ces cas sont chez l'homme ce qu'est la fourbure chez le cheval. Souvent on ne se relève qu'à la longue de ces affections : les muscles semblent conserver la mémoire de la fatigue qui les a rendus malades : les arthrites, dans plus de cas qu'on ne pense, n'ont pas une autre origine.

Nous avons observé deux ruptures de quelques fibres musculaires, dont l'une avait eu sa cause dans l'action de s'être baissé et relevé brusquement ; le repos les a guéries en peu de temps.

Arthrites.

Nous passons maintenant aux arthrites spontanées aiguës : L'une d'elles est survenue à un menuisier à la suite d'un travail plus fort que de coutume ; l'habitation de celui-ci était saine. Trois individus affectés de cette maladie habitaient un logement humide, et chez deux autres enfin, cette affection avait été consécutive à une ancienne gonorrhée.

Ces arthrites, au nombre de six comme on le voit, ont été guéries par le traitement ordinaire de M. Piorry, c'est-à-dire par les saignées générales poussées loin, et les boissons à hautes doses, dans l'intention de remédier à l'état général du sang. Dans les applications de sangsues, quand la plasticité du sang était combattue, les douleurs se localisaient sur un seul point après avoir abandonné les autres ; dans l'élévation des membres, en soumettant les fluides aux lois de la pesanteur, et les forcant ainsi à venir en moins grande quantité vers le siége de l'inflammation ; toutes ont guéri.

Pourtant une chose digne de remarque, c'est que, dans ce mois d'avril, quoique le temps ait été beau, la température assez douce, chaude même, les guérisons ont marché moins franchement que dans les trois premiers mois de la clinique, et je n'entends pas dire par là que les douleurs atroces qu'éprouvaient les malades à leur entrée aient persisté longt-temps après l'emploi du traitement, mais je veux dire que les malades sont moins promptement en état de reprendre leurs travaux. La guérison n'en était pas moins effectuée pour cela, et on peut appliquer ici ce que j'ai dit plus haut pour le poumon ; une pneumonite enlevée en quatre jours, n'en est pas moins guérie bien que le malade ne soit pas aussitôt remis dans un équilibre parfait. Toute partie de l'organisme humain gravement lésée, ne reprend que lentement et graduellement ses fonctions interrompues.

Là se borne l'exposé des faits que j'étais chargé de passer en revue. On n'a pas voulu que ces faits nombreux, observés pendant ce mois de vacances pour les élèves de la clinique de MM. Bally et Piorry, fussent entièrement perdus pour eux : d'autant plus que quelques-uns des malades dont il est question sont encore dans les salles. On a cru faire en même temps une bonne chose pour ceux qui, même pendant le mois de vacances, ont constamment assisté à la visite de chaque matin, en présentant en faisceau et rapprochées, les diverses observations qu'on vient de lire.

N° DU 29.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, professeur.

Corps étranger arrêté dans l'œsophage ; abcès ; rétrécissement, fistule à ce canal ; nutrition à l'aide d'une sonde œsophagienne.

En se rappelant la structure anatomique du pharynx et de l'œsophage, les fonctions importantes qui leur sont confiées, il semblerait que leur lésion ne peut avoir lieu sans compromettre essentiellement l'existence.

Cependant, si l'on consulte l'expérience et les écrits des chirurgiens les plus distingués, on rencontre des exemples multipliés de solution de continuité de cette partie du canal alimentaire, et l'on remarque que le plus souvent leur terminaison a été heureuse ; lorsqu'elle a été funeste, c'est moins parce que le pharynx ou l'œsophage était lésé, que par l'hémorrhagie résultant de l'ouverture des carotides ou des grosses veines qui les avoisinent.

Un grand nombre de causes, dit M. Dupuytren, peuvent agir sur le canal dont nous parlons, et altérer sa continuité. Tantôt, en effet, il est lésé par des instrumens piquans ou tranchans qui agissent d'avant en arrière, et ne parviennent à lui qu'après avoir divisé la plupart des organes par lesquels il est recouvert; d'autres fois sa lésion est produite par des corps étrangers, anguleux et piquans, avalés par mégarde ou poussés avec force vers l'arrière-bouche.

Tel était le cas d'un épicier de Paris pour lequel je fus appelé il y a environ quinze ans.

Cet homme, rentrant chez lui par une lourde chaleur, saisit, dans l'intention de se rafraîchir, une bouteille qu'il trouva sous sa main, et la porta vivement à sa bouche.

Le liquide était à peine parvenu dans la gorge, que l'épicier le rejetta violemment. (C'était de l'acide nitrique.) Le pharynx, l'œsophage se contractèrent, entrèrent en convulsion à l'approche du liquide; et, heureusement pour le malade, il ne pénétra pas dans l'estomac.

Néanmoins, une vive inflammation survint, des ulcérations, des pertes de substance en furent la suite, et la membrane muqueuse altérée dans presque toute sa surface, ayant tenté de se réunir, n'y parvint qu'aux dépens des parties non altérées. Il en résulta pour le malade des brides et un rétrécissement tel, qu'il fut obligé de se nourrir à l'aide d'une sonde œsophagienne que M. Dupuytren lui introduisit.

Cet homme a vécu plusieurs années, et a succombé à une affection du cerveau.

Le malade couché à Sainte-Marthe n. 22, porte à peu près la même affection, mais chez lui la maladie n'est pas due à la même cause.

Joseph Levieux, journalier, âgé de trente ans, d'une taille assez développée, d'un tempérament lymphatique, d'une assez bonne constitution, est entré à l'Hôtel-Dieu le 6 mai, pour une fistule œsophagienne qu'il porte au côté gauche et antérieur du col.

S'il faut en croire ce malade dont les facultés sont peu développées, son affection devrait être attribuée à un corps étranger arrêté dans l'œsophage.

Il y a à peu près trois ans que dans un repas, un corps étranger, une arête de poisson de carpe, avalée par mégarde, déchira, s'implanta dans la membrane muqueuse de l'œsophage. Le malade fit des efforts violens pour l'expulser, et après vingt-quatre heures, il éprouva un peu de tranquillité; le corps étranger était sans doute tombé dans l'estomac. Au bout de deux jours, il se manifesta vers la gorge une irritation excessive; toutes les parties du cou se tuméfièrent, et il se fit spontanément au côté gauche une ouverture par laquelle il sortit une grande quantité de pus très fétide.

Les parties se dégorgèrent peu à peu, et aussitôt que le malade put prendre quelque boisson, il s'aperçut qu'elle sortait par l'ouverture de gauche, à moins qu'il ne fût couché sur le côté opposé; dans ce dernier cas même il en sortait encore beaucoup.

Depuis cette époque, le malade n'a pu prendre que des alimens liquides, les solides ne pouvant vaincre le rétrécissement produit par la réunion des parois de l'œsophage. Il a eu recours, pour conduire ces alimens liquides dans l'estomac, à une sonde œsophagienne d'une grosseur et d'une dimension plus que suffisante. Composée de gomme élastique, flexible, elle a pu s'accommoder facilement aux directions différentes des parties avec lesquelles elle devait être en rapport.

Cette sonde a été changée à l'Hôtel-Dieu. Son volume et sa longueur ont été diminués. Le malade assis, la tête élevée et la bouche ouverte, M. Dupuytren a appliqué le doigt indicateur sur la base de la langue pour abaisser cet organe. Il a porté ensuite la sonde, garnie de son stylet et suffisamment graissée, dans le pharynx. Le stylet a été alors retiré, et le professeur a continué à pousser la sonde dans l'œsophage et l'estomac.

On se propose de tenter la guérison de la fistule par la cautérisation; de petits cylindres de nitrate l'argent seront promenés dans son trajet.

Le malade devra continuer à s'injecter, à l'aide d'une seringue, des alimens liquides, qu'il fera parvenir dans l'estomac au moyen de la sonde qui lui a été placée.

Nous terminerons rapidement l'histoire de ces deux malades en rapportant celle d'un homme reçu, il y a environ dix ans, dans un service chirurgical, à l'Hôtel-Dieu.

Ce malade, âgé de 30 ans, cordonnier, fortement constitué, adonné au vin, se faisait un jeu, lorsqu'il était avec ses compagnons de bouteille, d'avaler des gobelets de verre légèrement machés. Il l'avait fait plusieurs fois sans en être incommodé; mais un jour qu'il s'était livré à un pareil excès, il sentit sous le sternum, vers le point où cet os s'articule avec la clavicule gauche, une douleur très vive, et tout ce qu'il avalait lui faisait éprouver une chaleur brûlante dans la cavité pectorale gauche. Un interne qui le visita, examina la bouche, et vit le palais, ainsi que la partie du pharynx qui peut s'apercevoir, déchirés en divers sens. Il pensa que peut-être il y avait encore du verre dans l'œsophage. Il tenta de le retirer, mais la douleur excessive que l'opération occasionnait le força d'y renoncer. Il prescrivit une boisson adoucissante; le malade fut agité; aux symptômes indiqués se joignirent de l'anxiété, un pouls petit, accéléré et intermittent; la douleur de la partie inférieure de la poitrine augmenta. Enfin tous ces symptômes s'exaspérèrent, et le malade expira.

A l'autopsie, on trouva que la cavité gauche de la poitrine contenait deux livres de bouillon ou de médicamens; vers l'épine du dos, on trouva un morceau de verre triangulaire. Le poumon gauche était légèrement livide; l'œsophage offrait une ouverture d'un pouce de large, qui répondait derrière l'articulation du sternum avec la clavicule gauche. On remarqua dans l'estomac plusieurs morceaux de verre enveloppés de mucosités, les intestins ne présentèrent rien de particulier.

AUSSANDON.

—

Sonde exploratrice de l'urètre, par le docteur FOURNIER de Lempdes.

M. le docteur Fournier de Lempdes nous prie d'insérer la note suivante :

Cette sonde exploratrice est formée d'un tube métallique

mince et entièrement droit, long de dix pouces, terminée au bout vésical par une très-petite olive, traversée à son centre d'une ouverture qui est dans la direction du conduit du tube. Dans ce tube, est logée une tige ronde de même métal, de douze pouces et demi de long, au sommet vésical de laquelle se trouve un bouton olivaire disposé de façon à coiffer exactement le sommet un peu arrondi de l'olive. Le bout extérieur de cette tige est terminé par un renflement de six lignes de long, taillé à six pans, pour pouvoir facilement tourner cette tige entre les doigts. Le surplus de la tige qui dépasse l'extrémité extérieure du tube de la sonde, représente des divisions en pouces et en lignes, qui permettent de calculer facilement l'intervalle qui existe entre l'olive et son chapeau, et de donner ainsi une notion précise de l'épaisseur du rétrécissement, comme aussi de la distance qu'il y a des uns aux autres. Sur le bout extérieur de cette sonde, est une vis de pression destinée à fixer la tige à volonté.

Cette sonde exploratrice s'introduit de la même manière que les autres sondes droites, et quelque soit le degré d'obstruction de l'urètre, il est rare que ce médecin éprouve de grandes difficultés, pour arriver dans la vessie. En outre, ces difficultés son promptement vaincues au moyen des injections forcées qu'il a décrites dans sa brochure sur les rétentions d'urine et la lithotripsie.

Cette sonde exploratrice permettant de franchir tous les obstacles de l'urètre, et pouvant se mouvoir librement après avoir vaincu chacun de ceux-ci, il s'ensuit que son chapeau qui forme le sommet vésical de la tige, s'éloignant et se rapprochant à volonté de l'olive, il est facile de compter les rétrécissemens et de juger de l'épaisseur de chacun, de même que de l'intervalle qui les sépare, et d'acquérir par ce moyen, une notion précise de l'état morbide de l'urètre.

N° DU 31.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. RICORD.

De l'emploi du proto-iodure de mercure chez les enfans.

Parmi les résultats importans des recherches auxquelles M. Ricord s'est livré depuis quelques années à l'hôpital des vénériens, il est un fait intéressant à noter : c'est que jusqu'ici, il n'a trouvé les symptômes communiquables des maladies syphilitiques chez les enfans que parmi ceux qui avaient été soumis aux violences d'individus infectés, ou lorsque la mère elle-même, affectée de symptômes primitifs, les avait transmis par un contact immédiat; hors de là tout est consécutif, ou du moins, offre les caractères des symptômes que M. Ricord a désignés sous ce nom.

Ainsi jamais les enfans n'ont présenté, si ce n'est dans le cas indiqué, des ulcérations inoculables, ou bien ayant la moindre analogie avec celles qui paraissent avoir subi une transformation *in situ*.

Nous ne devons pas nous occuper ici du mode de transmission; mais, prenant les faits tels qu'ils se présentent à nous, chercher quelle est la meilleure médication à opposer aux diversités de la maladie; à cet égard nous pouvons assurer, sans crainte, que si le nom de remède spécifique pouvait être raisonnablement adopté, il serait dû, à juste titre, au proto-iodure de mercure pris à l'intérieur sous la forme de pilule ou bien de miel ioduré.

Dans tous les cas où il a été employé, la guérison a été facilement obtenue, et avec une promptitude comparativement bien plus grande que chez les adultes; surtout, dans aucun cas, cette médication n'a produit, comme chez ces derniers, les accidens quelquefois consécutifs à l'usage des mercuriaux.

L'affection la plus commune chez les enfans, surtout parmi ceux qui sont à la mamelle, numériquement, et d'après le service de M. Ricord, est, sans contredit, la papule muqueuse, et après elle, les syphilides pustuleuses. Il est à remarquer que c'est contre ces deux symptômes que l'action du proto-iodure est plus marquée et plus rapide; souvent une dixaine de pilules ont suffi pour faire disparaître de larges plaques de papules muqueuses qui avaient envahi le pourtour de la vulve, de l'anus, et la partie supérieure des cuisses.

Lorsque la maladie est en quelque sorte complexe, et qu'il existe en même temps des ulcérations de la gorge, des écoulemens, le proto-iodure doit être associé aux remèdes locaux tels que gargarismes, injections, ou bien sous une nouvelle forme, en s'unissant au miel, il doit être appliqué directement sur les ulcérations. Bientôt l'accord de ces moyens fait obtenir des résultats qu'on se serait en vain promis par l'usage exclusif de l'un d'entre eux.

Malgré des recherches exactes, M. Ricord n'a pu encore constater d'une manière satisfaisante, que ce traitement, suivi par la mère, pût, au moyen du lait soumis à un travail particulier, amener la guérison de l'enfant; souvent, au contraire, chez ces derniers la maladie s'est développée pendant que la mère faisait usage des pilules depuis long-temps, et paraissait en voie de guérison.

Cependant, M. Ricord est loin de regarder comme apocriphes les observations publiées en faveur de cette médication intermédiaire; mais il faut l'avouer, de nouvelles expériences lui ont paru nécessaires pour obtenir des preuves irréfragables.

Enfin, ce n'est pas seulement contre les affections syphilitiques cutanées que M. Ricord emploie le proto-iodure; souvent il a vu s'améliorer sous son influence des ulcérations de la gorge rebelles au traitement local, et des écoulemens utérins ou vulvo-utérins chez de jeunes filles infectées directement, et dont les parties profondes ne pouvant être explorées, paraissaient fournir un flux intarissable. Cependant l'action des pilules est bien moins remarquable dans ce dernier cas, soit par insuffisance réelle, soit parce que des sécrétions que souvent on ne saurait distinguer de la blennorrhagie, sont quelquefois entretenues par des habitudes vicieuses, circonstance qui, si on n'en tenait compte, pourrait induire en erreur sur la valeur positive des moyens employés.

C'est d'après ces considérations, que M. Ricord croit devoir conseiller l'usage du proto-iodure de mercure dans la plupart

des cas ; puisque des observations nombreuses l'ont conduit à établir ce fait, que les pilules, selon la formule qu'il a adoptée, n'ont jamais produit d'accidens, tandis qu'il en a toujours obtenu les plus grands avantages.

Cependant, quoique les enfans soumis à cette médication directe ne nous aient jamais présenté pendant le traitement, ces accidens qui viennent quelquefois chez l'adulte nécessiter l'interruption de l'emploi des mercuriaux, M. Ricord pense qu'il est bon de se tenir en garde, et d'interroger souvent l'état de la bouche du malade, afin d'arrêter à son début une salivation qui ne manquerait pas de devenir dangereuse, si elle était négligée. Ce traitement, que M. Ricord emploie avec tant de succès chez les adultes, aurait sans doute ici les mêmes résultats ; si quelques symptômes d'irritation gastrique ou intestinale survenaient, toute la médication devrait se borner à les combattre ; il serait même prudent de ne pas trop se hâter de reprendre l'usage des pilules; toutefois nous pouvons le dire, malgré la fréquence des maladies chez les enfans à la mamelle, ces complications se sont rarement présentées, et jamais elles n'ont paru comme résultat de la médication directe.

Les observations suivantes serviront à indiquer la marche du traitement. Nous donnerons à la suite la formule des pilules que M. Ricord emploie à l'hôpital des Vénériens.

— Calmelle (Virginie), âgée de trois mois, entrée à l'hôpital le 19 novembre 1833, première salle des Nourrices, n. 8.

Lors de la naissance de Virginie Calmelle, sa mère n'offrait aucun symptôme vénérien depuis un mois, et ce ne fut que deux mois plus tard que l'enfant fut affecté de papules muqueuses à la vulve, à la partie supérieure et interne des cuisses, à l'anus et bientôt après au cou, ainsi qu'au pourtour de la bouche. Pendant les quinze premiers jours, sa mère se contenta de laver les parties avec de l'eau de guimauve.

Dès son entrée à l'hopital, M. Ricord prescrivit les bains émolliens; quelques jours plus tard, des compresses imbibées d'eau blanche furent placées sur la vulve.

Enfin le 24 novembre, on donna les pilules au proto-iodure de mercure.

Le 29, déjà les papules muqueuses avaient pâli ; plusieurs de celles qui étaient aux lèvres ont disparu.

Le 7 décembre, il ne reste à la face que quelques taches brunâtres; la peau est souple et lisse.

Le 10, tout a disparu, à l'exception de quelques taches au pourtour de la vulve.

Le 14, guérison et sortie.

Il est bon de noter ici un fait qui, du reste, se présente assez souvent dans le service de M. Ricord ; quoique dès le début de la maladie, la bouche de l'enfant fût le siége d'un grand nombre de papules muqueuses ulcérées, le mamelon de la mère n'a été aucunement affecté d'ulcération, bien qu'il fût sans cesse souillé de pus.

—Augustine Sillon, âgée d'un an et demi; entrée le 3 fevrier 1834, première salle des Nourrices, n. 11.

Un mois après la naissance, la vulve, l'anus et la portion supérieure et interne des cuisses se couvrirent de papules muqueuses pendant près de seize mois à des époques fort rapprochées; on employa les frictions et les applications mercurielles, mais, loin de guérir, les symptômes paraissent s'aggraver. Lors de l'entrée à l'hôpital, les parties que nous venons de nommer sont le siége d'une large plaque de papules muqueuses en saillie, qui semblent, en quelque sorte, n'être divisées que par les plis naturels de la peau aux flexions. M. Ricord a prescrit des bains et des cataplasmes émolliens pendant les dix premiers jours, puis des compresses imbibées d'eau blanche.

Enfin le 13 février, les pilules au proto-iodure, le sirop et la tisane sudorifique ; l'enfant prend une pilule chaque quatre jours.

Le 28, déjà les plaques muqueuses ont pâli et n'offrent que fort peu de saillie ; progressivement tout disparait après la quatorzième pilule, et la malade sort entièrement guérie le 20 mars.

—Lafosse (Vincent), âgé de deux ans; entré le 7 janvier 1834, première salle des Nourrices, n. 26.

Cet enfant couchait avec son grand-père qui, depuis longtemps était affecté de chancres et d'ulcérations de la gorge. Des essais de masturbation furent tentés contre l'anus, et vingt jours après il se déclara une syphilide pustuleuse : l'anus, le scrotum, la partie supérieure des cuisses offrirent de nombreuses papules ulcérées. Après vingt-cinq jours de traitement par les pilules de proto-iodure, la guérison a été complète, et tel a été l'ordre de la disparition des symptômes : d'abord les papules des cuisses, puis du scrotum, de l'anus. La marche de la syphilide a été décroissante dès la quatrième pilule.

Pilules de proto-iodure pour les enfans.

Proto-iodure de mercure,	un huitième de grain.
Extrait gommeux d'opium,	un dixième.
Thridace,	un demi.
Extrait de gayac,	un grain.

M. S. a pour une pilule.

Telle est la formule et la dose de proto-iodure pour les enfans jusqu'à l'âge de six mois, puis progressivement, on donne un sixième, un quart, un demi-grain ; quelquefois chez un même sujet, on se trouve bien d'augmenter ou de diminuer la quantité, selon le plus ou moins d'impressionabilité.

J. J. L. RATTIER.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

MAI ET JUIN 1834.

Influence de la pomme de terre sur la santé des équipages employés à la pêche de la baleine; par M. ROUSSEL-DE-VAUZÈME, D. M. P.

De tous les genres de navigation, il n'en est point de plus hardi et de plus pénible que celui qui fait voguer des flottes entières à la poursuite des baleines. Les capitaines de ces expéditions, pressés, en partant, d'arriver sur le lieu de pêche, pressés, après la pêche, de revenir au port déposer leur cargaison, n'abordent la terre, pendant le voyage, qu'avec répugnance et à la dernière extrémité. Les équipages, contraints de rester ordinairement neuf ou douze mois en mer sans relâcher, seraient constamment ravagés par le scorbut, s'ils ne trouvaient dans leur plus précieux aliment, la pomme de terre, un puissant préservatif de ce fléau. Malheur au capitaine qui, par incurie ou autre cause, n'en a pas abondamment pourvu son navire; il compromettra le succès de l'entreprise et verra bientôt son équipage ressentir les atteintes du scorbut.

Il est utile, pour faire apprécier les services que rend la pomme de terre, dans cette circonstance, de dire un mot sur les marins baleiniers, sous le rapport du régime et des influences locales qu'ils subissent. Le navire à bord duquel j'étais, fournira ces idées préliminaires.

Le Massachusset (1), capitaine Smith, armateur Winslow, expédié du Hâvre, pour la pêche de la baleine dans les mers du sud, portait trente-deux hommes de vingt à trente ans, équipage mixte, composé d'Américains et de Français. le régime alimentaire des matelots, conforme aux usages adoptés dans la marine des États-Unis, consistait en biscuit, puding, salaison de bœuf, porc et morue, avec des farineux tels que riz, pois, maïs, pommes de terre, etc.; le tout d'assez bonne qualité. On donnait pour boisson, le matin, une copieuse mesure de café à l'eau, et le soir du thé, sucrés l'un et l'autre avec la mélasse; à midi, et dans l'intervalle des repas, les hommes pouvaient boire à discrétion, de la bierre, exposée dans une barrique sur le pont, faite au fur et à mesure des besoins de l'équipage; l'eau, conservée dans des tonnes charbonnées, était excellente, quoique sur la fin du voyage, elle fut souvent noire et fétide lorsqu'on la pompait de la cale; elle redevenait limpide et potable après quelques heures d'agitation à l'air. Les officiers avaient de plus que les matelots, deux fois par semaine des soupes à la julienne et du bouilli frais, conservés dans des boîtes de ferblanc hermétiquement fermées, de la pâtisserie, des ognons, du beurre salé, du vin et du grog. Un caprice du capitaine nous a constamment privés de pain frais; le pudding, parsemé de raisins secs, en tenait lieu. On faisait maigre le vendredi et le samedi. Cette diversion à la viande salée, d'accord avec les principes de l'hygiène, était assurément salutaire. Quatorze cochons embarqués, fournirent quelques rations de viande fraîche, dans les occasions solennelles.

Parmi ces vivres, les plus recherchés et les plus propres à neutraliser les mauvais effets de la salaison, étaient sans contredit les pommes de terre, cuites à l'eau ou hachées avec la viande.

Les soins de propreté s'observaient rigoureusement à l'égard du navire et de l'équipage, tous les dimanches il y avait suspension de travail (sauf les cas de baleine). Les hommes changeaient de linge, et le bâtiment étant lesté en partie avec de l'eau, on en distribuait, à chaque individu, un demi-seau, avec injonction de se savonner depuis la tête jusqu'aux pieds. Ces ablutions alcalines produisaient le meilleur effet pour la santé. (1)

Pendant la traversée, qui est d'environ six mois (allée et retour), l'équipage n'a rien à faire que les manœuvres et différens ouvrages peu fatigans. Sur le lieu de pêche les travaux sont plus actifs mais intermittens, suivant l'occurrence des baleines. Lorsque les hommes arrivent des embarcations, trempés d'eau et de sueur, leurs chemises de laine

(1) Ce navire n'existe plus. Les avaries qu'il a essuyées, l'ont rendu incapable de reprendre la mer.

(1) La peau de cachalot a la propriété de dégraisser les habits imprégnés d'huile de baleine. Les matelots la coupent par morceaux, et s'en servent comme de savon.

rouge, en contact avec la peau, empêchent que la transpiration ne soit arrêtée subitement ; ce qui les préserve de tout danger.

La manutention du gras de baleine est sans effet nuisible à la santé ; il n'exhale aucune odeur désagréable ou malfaisante. Le tissus fibreux cellulaire dont on a extrait l'huile, sert à entretenir le feu de la fonte, et la cendre, qui est le résidu de la combustion, forme avec l'eau douce, une très-bonne lessive pour nettoyer le linge et les vêtemens. (1)

Ayant tenu continuellement la haute mer, l'air a été sain, et au-delà du Capricorne, sous l'influence assez rapprochée du soleil, la température modérée. Les hommes n'étant pas resserrés dans un petit espace, pouvaient se promener librement sur le pont. Pendant la pêche, rendez-vous d'une grande quantité de bâtimens de nations diverses, on va presque tous les soirs à bord les uns et des autres, des rapports fréquens s'établissent entre les habitans de cette ville flottante au milieu des mers ; chaque navire possède quelque instrument de musique, on danse, on s'égaie. Ces exercices, prescrits par l'hygiène navale, maintiennent la santé ainsi que l'énergie morale d'équipages condamnés à rester si longtemps entre le ciel et l'eau. Il est vrai que, pendant ces réunions, les officiers Américains commettent des excès auxquels les sociétés de tempérance, instituées aux États-Unis, commencement à s'opposer de tout leur pouvoir. Lorsque les hommes sont malades, ils trouvent, dans le chirurgien attaché à l'expédition, des secours, trop souvent subordonnés à l'état de la mer et à l'exigence impérieuse des manœuvres. (2)

Il n'est guère possible à la prudence humaine de réunir plus de précautions hygiéniques pour la conservation d'un équipage. Mais le but de cette notice est de prouver que si un seul de ces moyens, je veux dire la pomme de terre, vient à manquer, le reste est impuissant pour conjurer le scorbut, dans ces longs voyages, où on ne doit pas toucher la terre ; elle représente à elle seule, tous les végétaux antiscorbutiques. Elle seule doit porter dans les fluides circulatoires, les sucs réparateurs de la vie. Quelques faits, choisis entre mille, prouveront suffisamment ce que j'avance.

1° Lorsque j'arrivai au Havre le 6 août 1831, *le Massachusset*, navire sur lequel je devais m'embarquer, était revenu depuis vingt-cinq jours d'un voyage de onze mois, sans relâche ; entre le cap de Bonne-Espérance et la côte des Patagons. Les hommes mirent pied à terre, dans un état déplorable. Sur la fin de la pêche, les pommes de terre ayant manqué, le scorbut s'était déclaré vers les approches de la ligne, et, malgré toutes les ressources pharmaceutiques du coffre à médicamens, il envahit même les officiers, qui en éprouvèrent, toutefois, des atteintes moins graves que les matelots. Les plus malades couchèrent sous des tentes établies sur le pont. En vain un homme placé en vigie, portait ses regards à l'horizon, pour découvrir une voile qui procurât quelques pommes de terre si ardemment desirées. Dans cette cruelle conjoncture, il fut impossible de se rallier à la terre des Açores, pour obtenir quelques végétaux frais, un matelot avait déjà succombé et plusieurs autres étaient menacés du même sort, lorsqu'un brick hollandais, rencontré aux approches de la Manche, donna une seille de pommes de terre, qui ranimèrent les espérances et permirent à l'équipage d'attendre, en voie de guérison, le temps nécessaire pour arriver jusqu'au port. Après vingt-cinq jours de terre, ces hommes, jeunes, purent contracter de nouveaux engagemens sur le même navire, pour recommencer le même voyage. Lorsque j'appris, à mon arrivée au Havre, le retour funeste du *Massachusset*, je fis part à l'armateur, M. Winslow, de mes craintes sur la récidive du scorbut : Instruit par un longue expérience, il me répondit : Soyez tranquille, cette fois-ci les pommes de terre ne manqueront pas.

2° Le 10 août nous mettons à la voile avec de tels hommes de et tels antécédens : ils étaient encore pâles, bouffis, ecchymosés. La plupart, quoique débarqués mourans, avaient contracté à terre des affections vénériennes. J'ai fait connaître, au commencement, le régime, assurément convenable, suivi à bord de ce navire. Nous restâmes dix mois en mer sans relâcher. Je ne puis pas compter comme salutaire la descente de sept hommes, pendant 4 heures, dans une île abrupte, d'où l'on ne rapporta rien pour l'équipage. Malgré toutes les probabilités de récidive, en raison du mauvais état de nos hommes à la sortie du port, la santé générale a été satisfaisante, cependant il y a eu imminence des corbut. Mais, avant d'arriver à cette circonstance de la traversée, il est nécessaire de rappeler un trait du caractère distinctif des marins, et particulièrement de baleiniers. Lorsque, après un pénible voyage, ils abordent la terre où ils ne font que paraître, ils sentent qu'elle va bientôt leur échapper, et cherchent à se dédommager, dans un court espace de temps, de longues privations qu'ils ont souffertes. Ils concentrent en un seul point une année entière d'existence, et se livrent à d'incroyables excès, quelques jours leur suffisent pour dépenser les économies d'une campagne. Bientôt, las de ces abus de la vie, la terre leur devient à charge, ils sourient à l'espoir de retourner sur leur élément, ils rêvent les tempêtes, et surtout le régime du bord, où l'ordre, la sobriété, la tempérance, les remettront des fatigues et des dégoûts qu'ils éprouvent. Plein de nouvelles espérances, l'équipage se rembarque ; la traversée se fait gaîment. Sur le lieu de pêche, les distractions, l'activité des travaux les absorbent : le temps s'écoule vite, mais les trois mois de retour sont longs. Les hommes passent de l'activité à l'inertie, d'une température modérée à une chaleur accablante. Sous l'influence du soleil des tropiques, le corps se dissout ; les affections mélancoliques, la nostalgie, exercent sourdement leurs actions délétères. Ordinairement c'est alors que le scorbut se déclare.

Nous étions arrivés à cette période critique du voyage ; un matin je m'aperçus que le visage des hommes pâlissait : ils étaient énervés. Quelques-uns se plaignaient de resserremens dans la poitrine et de gonflement aux gencives, etc. Je prévins le capitaine des changemens que j'observais, mais,

---

(1) Le spermaceti enlève très-bien les taches d'huile végétale. Je comparerais cette action à celle du suint de mouton, qui saponifie l'eau dont les paysans font usage pour dégraisser.

(2) Je ne parle point ici de la pêche dans les baies. Les marins, en rapport journalier avec la terre, s'y trouvent dans des conditions différentes.

comme on va le voir, les symptômes d'une affection redoutable, sous un soleil à plomb, furent aussitôt combattus que remarqués. Depuis plus de sept mois, l'équipage mangeait, à tous ses repas, des pommes de terres cuites à l'eau. Cette préparation ne suffisant plus pour l'entretien de la santé, le capitaine eut recours à un moyen extrême, sanctionné par 15 ans d'une heureuse expérience. Une baille pleine de pommes de terres crues, fut établie en permanence sur le pont, au pied du grand mât, à la disposition de l'équipage. Aussitôt tous les hommes de quart se mirent à en manger comme ils l'eussent fait des meilleurs fruits d'espalier. Moi-même, je trouvais à ces tubercules une saveur agréable, fraîche à la bouche et sucrée. Au bout de quelques jours je vis le teint des hommes s'améliorer, les gencives se détorger, la respiration s'élargir, la force et la gaîté renaître. Le scorbut n'avait fait que poindre, il était réprimé. La baille fut remplie tous les matins et vidée chaque soir, jusqu'au Havre, où nous arrivâmes dans une santé parfaite, après avoir tenu la mer pendant dix mois consécutifs, sans renouveler nos vivres. (1)

3° M. Gouillaud, intrépide chirurgien baleinier, qui fait la pêche depuis neuf ans, a bien voulu me communiquer les résultats de son expérience, qui sont confirmatifs de mes observations personnelles. Je me contenterai de citer un fait de son dernier voyage. *L'Asia*, capitaine Walch, étant parti du Havre en juillet 1832, avant que les pommes de terre fussent récoltées, se dirigea vers les Açores pour s'approvisionner; mais il n'en put obtenir que 40 boisseaux. Sur le lieu de pêche, la provision étant consommée, six hommes furent atteints du scorbut, malgré le bon état de l'air et de la température. Le chirurgien traita ces malades avec les ressources qui étaient en son pouvoir: julienne, pain frais, gargarisme avec l'oximel scillitique, l'esprit de cochléaria, vin, bierre, quinquina, sucs préparés de citron, sirop de groseille et de framboise, etc. L'emploi de ces moyens n'empêcha pas le scorbut de faire des progrès. Deux malades surtout se trouvaient grièvement affectés. Un navire américain rencontré put donner deux seilles de pommes de terre; qu'on administra de la manière suivante: les premières furent cuites, à cause de la débilité de l'estomac; ensuite on les donna crues au nombre de quatre par jour, deux le matin a jeun et deux le soir, à l'état de pulpe rapée avec un couteau. Ce traitement suffit pour dissiper en peu de jours les principaux symptômes, plus tard les malades furent complètement guéris.

4° MM. Delachaize et Pichon, chirurgiens, l'un à bord du *Maryland*, l'autre à bord du *Bourbon* (1832), attribuent la santé dont leurs équipages ont joui, pendant le cours de longues expéditions, à l'abondance de ce précieux végétal. M. Pichon, ayant dernièrement relâché à Sainte-Hélène, trouva dans le port *l'Aimable-Marie*, capitaine Fauvel, en proie depuis plusieurs mois au scorbut, le chirurgien de ce navire lui a dit que l'invasion du mal avait coïncidé avec la consommation des pommes de terre.

Il serait superflu de rapporter un plus grand nombre de faits dont la conclusion serait la même. Ainsi, en résumé, on a vu, toutes choses égales d'ailleurs, éclater le scorbut sur *le Massachusset*, *l'Asia* et *l'aimable Marie*, dès qu'il n'y a plus eu de pommes de terre à bord. *Le Massachusset*, *le Maryland* et *le Bourbon*, en ont été exempts, dans les voyages où la disette de ce végétal ne s'est pas fait sentir. Quoique les navires baleiniers soient généralement pourvus par les armateurs, de toutes les ressources que prescrit l'hygiène pour la santé des hommes, cependant le scorbut est imminent au retour, lorsque, après un long usage des viandes salées, le sang est altéré par un vice dans l'assimilation, vice que tend à développer la chaleur excessive des tropiques. Mais l'expérience prouve que la pomme de terre, variée dans son mode de préparation, a le pouvoir de préserver de cette maladie, sous toutes les latitudes. Quand un bâtiment scorbutique a reçu d'un autre navire quelques pommes de terre, il a été guéri, tous les moyens pharmaceutiques ayant échoué. Le procédé le plus actif pour se traiter du scorbut, à quelque période qu'il soit arrivé, consiste à manger les pommes de terre crues. Enfin cette racine est, de tous les légumes, celui qui se conserve le plus long-temps en mer, sans altération; aucun ne possède, à un aussi haut degré, les qualités nutritives, hygiéniques et thérapeutiques.

Les capitaines de navires étrangers, près desquels j'ai pris quelques renseignemens au sujet des pommes de terre, paraissaient étonnés que j'ignorasse leurs propriétés médicamenteuses, connues des pêcheurs depuis nombre d'années. Les capitaines qui n'ont pas de chirurgien, traitent eux-mêmes le scorbut par la manière simple que j'ai indiquée. Ceux qui font la pêche du cachalot, conservent ainsi leurs équipages pendant trois ou quatre ans en mer, dans les régions intertropicales, en se procurant cette plante aux îles de la mer Pacifique où elles est généralement cultivée. J'ai descendu à Tristan-d'Acunha dans le mois de janvier; les champs étaient couverts de pommes de terre en fleur. Il y en avait un vaste magasin enfoui dans la terre, pour l'approvisionnement des navires.

Tous nos matelots, pénétrés des salutaires effets de la pomme de terre, en avaient fait dans l'éventualité du scorbut, des provisions secrètes, malgré la surveillance des officiers. Il conservaient ce dépôt comme une ancre de salut, dans le cas où la provision commune viendrait à manquer.

Le 1er janvier 1832, sous le 37e degré de latitude sud, et 10 de longitude ouest, nous fûmes hélés par un navire anglais, chargé de passagers, allant à l'Ile-de-France. Notre capitaine, s'étant rendu à son bord, y fit transporter une embarcation pleine de pommes de terres. Je fus témoin du mécontentement général que cette largesse provoqua parmi nous. L'époque du retour étant illimitée, on prévoyait le cas où, faute de ces végétaux, la vie de tout l'équipage pourrait se trouver compromise.

L'intervention des saisons, produites par nos croisières assez rapprochées du soleil, fit pousser continuellement aux pommes de terre, entassées dans l'entrepont, des tiges vigoureuses qui donnaient à cette partie du navire, l'agréable aspect d'un jardin. Ces tiges avaient un goût âcre et vireux,

(1) Quelques jours après notre embarquement, je témoignais au capitaine Smith les mêmes craintes qu'à l'armateur. Sur la récidive il me répondit, en me montrant l'entrepont, où étaient les pommes de terre: avec ça, nous n'avons pas à craindre le scorbut.

insupportable à la bouche ; il nous eût été bien précieux de pouvoir les utiliser comme aliment. Dans cette intention j'essayai plusieurs préparations culinaires, sans parvenir à corriger cette âcreté repoussante. Mais, d'une autre part, si les sucs vireux acquièrent dans les pousses, après sept ou huit mois, une activité nauséabonde, le principe sucré se développe dans le tubercule, et lui donne une saveur d'autant plus fraîche et agréable, qu'on a fait un plus long séjour en mer.

Ces observations n'ajoutent rien à ce qu'on sait généralement, de l'nfluence des végétaux sur le traitement du scorbut, mais elles font connaître en particulier, les ressources que les marins trouvent dans la pomme de terre, sous le rapport de l'hygiène et de la thérapeutique. A terre, c'est un aliment pour toutes les classes de la société. En mer, elle conserve cet avantage, à l'exclusion de tous les autres légumes qui, susceptibles d'apprêts moins variés, ne tardent pas à s'y corrompre. Sa fécule est un puissant correctif de la mauvaise qualité des fruits secs et des viandes avariées. On peut, en un mot, considérer la pomme de terre comme la providence des navires dans les voyages de long cours. Elle nourrit l'équipage, le préserve du scorbut, et le guérit lorsqu'il en est atteint.

Rapport à M. le préfet de police, sur la Pommelière ou Phtisie pulmonaire des vaches laitières de Paris et des environs ; par M. Huzard fils.

26 octobre 1833.

MONSIEUR LE PRÉFET,

J'ai l'honneur de vous adresser les renseignemens que vous avez demandés sur les maladies qui attaquent dans ce moment les vaches des nourrisseurs de Paris et des environs, et que la lettre de M. le maire d'Asnières a provoqués. Ces maladies, qui sont des affections de poitrine, font le désespoir des nourrisseurs dans ce département, et jusqu'à présent ont excité infructueusement la sollicitude de l'administration. Vous me pardonnerez donc quelques détails nécessaires pour bien faire comprendre quelles sont ces maladies et quelles causes les rendent si fréquentes à Paris.

De toutes les espèces d'animaux domestiques, l'espèce bovine est celle qui est le plus exposée aux affections de poitrine.

La principale cause de ces affections est, sans contredit, le régime de sécrétion continuelle du lait, auquel nous soumettons en particulier cette espèce d'animaux. Les médecins physiologistes savent combien la sécrétion du lait développée par l'enfantement influe sur l'organe pulmonaire ; ils savent quelles relations s'établissent presque subitement alors entre les poumons et les mamelles, et quelles précautions les femmes nourrices doivent prendre à cette époque. Les vétérinaires, de leur côté, ont remarqué cette même relation dans les animaux de l'espèce bovine ; et il n'en est pas, parmi ceux habitués à voir ces animaux, qui n'aient été à même de reconnaître qu'une affection primitive qui venait déranger le rhythme habituel de la sécrétion du lait était souvent suivie d'une affection de poitrine, sans le moindre rapport avec l'affection primitive. Si l'on considère maintenant que la plupart de nos races domestiques de l'espèce bovine sont soumises depuis une suite incalculable de générations à ce régime, on ne sera pas étonné que les organes de la respiration soient, dans cette espèce, plus sujets aux maladies.

L'expérience a prouvé que les animaux venus de père et mère dont un système d'organes était faiblement constitué, étaient plus disposés aux affections de ces organes, et que cette disposition était d'autant plus grande qu'elle remontait à une longue suite d'aïeux.

Il est encore une cause générale, je crois, de cette affection ; c'est une structure particulière de l'organe pulmonaire. En effet, si les races soumises au régime d'une sécrétion continuelle de lait étaient seules affectées de maladies de poitrine, on pourrait croire que ce régime en est l'unique cause générale, et qu'il n'y a plus que des causes accidentelles, locales, sporadiques, qui les développent momentanément chez un plus ou moins grand nombre d'animaux ; mais il n'en est pas ainsi, et nous voyons des maladies épizootiques ou enzootiques de poitrine se développer chez les races demi-sauvages de la Russie, de la Pologne et de la Hongrie, races qui ne donnent que momentanément du lait dans le court espace de temps où elles doivent nourrir leurs petits. Chez ces races constamment en plein air, il est donc une autre cause de ces maladies, et je ne puis la voir que dans une structure particulière des poumons. (1)

Telles sont les deux causes puissantes, générales, selon moi, qui *prédisposent* les races du gros bétail en France aux maladies de poitrine.

Il me reste à faire comprendre pourquoi les animaux qui sont à Paris y sont plus exposés.

On connaît l'hygiène mauvaise à laquelle, en général, les animaux sont soumis dans les campagnes ; on sait qu'ils passent subitement du régime de l'étable à celui du régime des pâturages, qui retire les animaux de l'atmosphère chaude, humide et souvent suffocante de l'étable, pour les exposer tout-à-coup aux variations continuelles de l'air du dehors, tantôt chaud, tantôt froid, tantôt sec, tantôt humide, et ensuite qu'ils repassent de ce même régime à celui de l'étable : si ces causes bien connues, *déterminantes* comme on dit en langage médical, d'affections pulmonaires, n'influaient pas sur les pertes qu'on éprouve à Paris, je n'en parlerais pas ; mais comme nous allons y trouver une autre raison de la fréquence de ces maladies, force m'a été de les rappeler ici.

En effet, si ces causes développaient toujours des inflammations aiguës, violentes de poitrine, il arriverait que les vaches ou mouraient, ou ne se rétabliraient que difficilement ; qu'il n'y aurait plus d'espérance bien fondée d'en faire par la suite de bonnes laitières, et que le cultivateur aurait plus

---

(1) *Ueber die haufig herrschende. Lungenseuche des Rindviehes nebst beweisen fur die nicht austecberkeit dieser Krank, etc. ;* von J.-F.-C. Dieterichs. Berlin, 1821, in-8°, fig.

d'avantage, au moment où la santé paraît revenir, à les engraisser pour la boucherie, et jamais ces vaches malades ne viendraient à Paris.

Mais il n'en est pas ainsi, il se passe un tout autre ordre de choses.

L'organe pulmonaire ne s'affecte pas d'abord tout-à-coup d'une manière si violente; l'irritation est légère et les animaux sont à peine malades : bientôt tous les symptômes de l'affection disparaissent et tout paraît être rentré dans l'ordre habituel; mais un nouveau changement dans le régime, un changement dans l'atmosphère, ou toute autre cause, reproduit l'affection. Ces renouvellemens ont lieu plusieurs fois dans une période de temps plus ou moins longue; la maladie devient habituelle, elle devient chronique; la vache donne cependant toujours du lait; seulement avec de l'attention on s'aperçoit que la sécrétion varie et que cette sécrétion diminue momentanément toutes les fois que la poitrine et suraffectée. Une petite toux habituelle, sans rappel, annonce cet état aux personnes les moins connaisseuses.

Quand la maladie est parvenue à un certain degré, une partie du poumon est malade, engorgée, plus dure que dans l'état normal; elle est hépatisée plus ou moins pour me servir de l'expression médicale: bientôt, enfin, des tubercules s'y développent; la plèvre participe plus ou moins à cette phthisie pulmonaire, et dans cet état la vache est affectée de ce qu'on appelle la *pommelière*.

C'est alors, sans même que la maladie soit portée a un si haut degré, qu'il arrive qu'une cause quelconque développe tout-à-coup une nouvelle inflammation aiguë violente dans les poumons affectés de la maladie chronique, et que cette nouvelle inflammation, ou tue promptement l'animal, ou le met dans un état de dépérissement tel qu'il est très-difficile de le rétablir et qu'il perd alors toute valeur.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'avant ce dernier accident, la vache, quoique souvent à un degré de phthisie très-avancé, donne encore du lait et en donne même beaucoup. (1)

Quelques cultivateurs connaissent bien cette maladie : ceux-mêmes quine la connaissent qu'imparfaitement, quand ils ont une vache qui a éprouvé quelques-uns de ces accès intermittens de sécrétion de lait diminuée et revenue, quand la toux s'est déclarée, et surtout quand ils sont en relation avec un vétérinaire; ces cultivateurs, dis-je, savent qu'il est temps de se défaire de leur vache; ils se hâtent alors de la faire saillir pour la vendre quand elle est prête à vêler. Or, dans un rayon de trente lieues de la capitale, ces vaches sont achetées par les marchands qui approvisionnent Paris. Cette Capitale et ses environs sont donc en général le débouché de toutes les mauvaises vaches pour plusieurs cantons, et un certain nombre de celles qui y sont amenées ont déjà le germe de la pommelière.

Maintenant, si nous examinons le régime des animaux chez les nourrisseurs, nous allons trouver des causes qui vont produire une augmentation rapide d'intensité dans la maladie, et qui vont donner l'explication de ces mortalités si fréquentes dans les étables, ou au moins de la nécessité de les renouveler si souvent.

Les nourrisseurs achètent les vaches fraîche-vêlées; ou sur le point de vêler. Si c'est dans l'été que se fait l'achat, les animaux placés immédiatement dans les étables ouvertes, soumis à un régime assez bon, très-abondant en nourriture, à un repos presque continuel, ne tardent pas à se refaire du vêlage et des fatigues de la route, et tout va assez bien dans les commencemens.

Mais bientôt l'automne arrive; et la température, devenue trop froide pour que la sécrétion du lait reste abondante, force les nourrisseurs à fermer leurs étables : alors des causes puissantes d'affection de poitrine viennent sévir sur des animaux dont le plus grand nombre a déjà les organes pulmonaires malades ou au moins fortement disposés à le devenir.

Les étables sont petites en raison du nombre des animaux, elles sont étroites, peu élevées, et quand on vient à calculer la quantité d'air qu'il faut à une vache pour respirer convenablement, on voir que, la nuit, chaque vache manque des trois quarts de la quantité dont elle a besoin. L'air est chargé lui-même de l'eau de l'exhalation pulmonaire et cutanée. Cette eau *coule* (c'est l'expression propre) le long des murs des étables, sur les poutres, sur les râteliers; les vaches sont couvertes de sueur par l'effet de la chaleur où elles sont plongées et de l'air chargé d'eau qu'elles respirent; et le matin, quand on ouvre la porte, une buée épaisse sort de l'étable : l'air repousse même quelquefois, par sa qualité presque irrespirable, la personne qui veut entrer.

Est-il possible que les animaux prédisposés aux maladies de poitrine résistent long-temps à ces causes déterminantes? Ce qu'on devrait trouver d'étonnant, c'est qu'il en est qui y résistent pendant plusieurs années consécutives

Ce n'est pas tout cependant : deux autres causes aussi puissantes sont encore à ajouter à ces premières.

Ainsi, en premier lieu la nourriture de ces vaches est toujours très-abondante, parce qu'elles donnent du lait en raison de la quantité des alimens qu'elles mangent en plus de ce qu'il est nécessaire pour leur nutrition; enfin, en second lieu, une autre cause se trouve dans les changemens de température auxquels elles sont exposées pendant cette mauvaise saison, à chaque ouverture des portes, soit pour l'apport de la nourriture, soit pour l'enlèvement des excrémens, soit pour la traite.

L'effet que produit alors sur la peau et dans les poumons l'air qui arrive du dehors dans l'étable est assez pernicieux pour qu'on voie le poil des vaches se hérisser subitement, et des frissons courir sur les diverses parties du corps.

Je pense, d'après ces faits et ces considérations, qu'on ne doit plus être étonné de la fréquence de la phthisie pulmonaire sur les vaches des nourrisseurs de Paris.

---

(1) Comment se fait-il que la sécrétion du lait ait encore lieu dans ce cas dans la vache, tandis que dans les autres femelles elle est généralement tout-à-fait supprimée? C'est un de ces faits auxquels ont peut assigner plusieurs causes plus ou moins hypothétiques : la plus vraisemblable peut-être est une structure intime, particulière de l'organe pulmonaire, structure qui permet à l'organe d'être affecté jusqu'à un certain point sans réaction sensible sur les autres systèmes organiques.

Cependant les bizarreries apparentes dans la manière dont elle sévit sur les individus et dans les étables lui donnent parmi les nourrisseurs et le vulgaire un vernis de merveilleux, qui laisse, dans l'incertitude sur la nature de cette enzootie, les personnes même versées dans les connaissances médicales, qui ne sont point à même d'apprécier les causes de sa fréquence. Je crois cependant qu'un examen sérieux de ces faits, si singuliers en apparence, en explique aisément le plus grand nombre, et résout presque toutes les questions qu'ils soulèvent.

Pourquoi quelques vaches ne sont-elles pas attaquées de la maladie ?

Pourquoi telles vaches y résistent-elles plus longtemps que d'autres ?

On sait que, dans toutes les espèces d'animaux, il y en a qui résistent aux causes les plus intenses de maladies, même aux contagions, et cela par une organisation propre que la science ne peut saisir. Je ne sais pas au reste si, en anatomisant avec soin toutes les vaches qui sortent des étables de Paris pour aller à la boucherie, on en trouverait qui eussent l'organe pulmonaire parfaitement sain.

Pourquoi dans telles étables la maladie paraît-elle exercer plus de ravages que dans telles autres ?

Pourquoi la maladie sévit-elle plus chez tels nourrisseurs que chez tels autres, abstraction faite des étables ?

La manière dont les étables sont disposées, le plus ou le moins de précaution que le nourrisseur prend dans la manière dont il renouvelle l'air ; le régime diététique plus ou moins avantageux ; mais, plus que tout cela, le soin qu'il met à acheter les meilleures vaches, expliqueraient bien de ces anomalies prétendues, cette dernière cause surtout. Est-il en effet étonnant que le nourrisseur riche qui, par cela seul qu'il et riche et qu'il paie mieux, choisit les meilleures vaches amenées à Paris, ou qui envoie un homme exprès les acheter sur les meilleurs marchés, éprouve moins de pertes que les autres ?

Est-il étonnant que ce même nourrisseur riche, qui entend une de ses vaches tousser, aime mieux l'engraisser pour la boucherie, que de la garder comme laitière, au risque de la voir dépérir plus tard par suite de la phthisie pulmonaire ; ce qui arrive presque toujours au nourrisseur moins riche qui, n'ayant pas le moyen de nourrir momentanément cette vache à produire peu, et encore moins le moyen de la suppléer par une vache plus productive, continue à lui faire donner du lait, jusqu'à ce qu'une attaque violente de maladie de poitrine vienne le forcer à s'en défaire à vil prix ?

Pourquoi, dans certaines années, la maladie est-elle plus violente ?

Pourquoi la maladie sévit-elle aussi en été comme en hiver, quoique les étables soient bien aérées dans la belle saison ?

S'il est des années où les variations dans les intempéries de l'atmosphère sont bien plus brusques, bien plus fortes, et où elles viennent donner l'explication du plus d'intensité de la maladie, il est d'autres années où ce plus d'intensité existe sans qu'on puisse en deviner la cause ; mais on est d'accord qu'il est des changemens particuliers dans l'atmosphère qui ont échappé jusqu'à présent à toutes les recherches des savans. C'est à des changement de cette nature qu'il est le plus raisonnable d'attribuer l'intensité de certaines maladies, et même le développement de quelques-unes.

Par rapport à la dernière des deux questions, on sait cependant qu'un état électrique de l'atmosphère continu pendant quelques jours, exerce une fâcheuse influence sur les animaux attaqués du commencement de la phthisie ; et comme il est des étés où cet état électrique prédomine, et comme le nourrisseur ne change cependant en rien le régime de ses animaux, il n'est pas étonnant que les surinflammations aiguës de la poitrine deviennent communes dans ces étés, et presque aussi communes que dans les autres saisons.

Enfin, par rapport à cette autre question :

Pourquoi la maladie sévit-elle en général plus fortement au printemps ?

On sait qu'au printemps une turgescence générale se manifeste dans tous les corps organisés, et qu'à cette époque les sujets affectés de maladies chroniques ont à craindre des rechutes.

Il n'est donc pas étonnant que les vaches phthisiques exposées à ces influences, sortant d'un régime qui a dû augmenter la maladie ou du moins la disposition à devenir plus malades, soumises souvent encore, à cette époque, à une nourriture beaucoup plus succulente, tombent malades en grand nombre.

D'après ce qui précède, il est facile de voir que la police de la ville de Paris n'a que peu de moyens efficaces de remédier à un état de choses qui tient à des causes tout-à-fait hors de sa puissance.

La seule mesure que l'administration ait en son pouvoir pour diminuer le mal, est de prescrire aux nourrisseurs de renfermer leurs vaches dans des étables extrêmement larges et extrêmement élevées, parce qu'alors la masse d'air nécessaire à la respiration des animaux, pendant un long espace de temps, s'y trouve nécessairement contenue, et parce que son renouvellement s'y fait d'une manière bien moins nuisible aux animaux ; mais l'administration a reculé jusqu'à présent devant cette mesure qui rendait ce genre d'industrie plus difficile, en nécessitant un capital primitif plus considérable pour faire bâtir des locaux convénables, ou en augmentant le loyer annuel du nourrisseur locataire.

J'arrive, M. le préfet, à la question la plus importante peut-être, soulevée par la lettre de M. le maire d'Asnières, celle de l'emploi de la viande des animaux attaqués de la pommelière. Elle exigera aussi quelques détails sans lesquels il me serait difficile de baser suffisamment une opinion qui blessera des préjugés et soulèvera des répugnances.

Je vais appeler d'abord des faits : les conséquences à en tirer en découleront naturellement.

Chez les animaux de l'espèce bovine attaqués du commencement de la phthisie pulmonaire chronique, chez lesquels il n'y a encore qu'un engorgement du poumon, qu'une légère hépatisation, il y a certaines périodes où la sécrétion du lait diminue, ai-je dit : eh bien ! dans ces périodes, l'animal a généralement de la propension à prendre graisse ; aussi les nourrisseurs intelligens profitent-ils de l'un de ces

momens pour engraisser leurs vaches, et pour, aussitôt l'engrais suffisamment avancé, livrer ces vaches au boucher.

De temps immémorial, à Paris, on consomme donc la viande des vaches attaquées de la phthisie pulmonaire à un faible degré, comme viande de vaches grasses en bon état, comme bonne viande de vaches.

Mais ce n'est pas tout : chez les vaches phthisiques chez lesquels les nourrisseurs ont laissé passer ces premiers momens favorables à l'engrais, et chez lesquelles la maladie a fait des progrès, des inflammations pulmonaires aiguës, ai-je-dit, s'ajoutent instantanément à l'inflammation chronique, et en quelques jours alors la bête périrait souvent si le nourrisseur ne la livrait pas de suite au boucher, à un prix très-bas. Cette vache, affectée d'une vieille phthisie pulmonaire, est donc aussi livrée à la boucherie ; ses poumons sont remplis de tubercules, les plèvres elles-mêmes sont tuberculeuses; leurs faces libres sont accolées ensemble par des fibres charnues; elles sont recouvertes de fausses membranes jaunâtres, plus ou moins consistantes ; elles sont humectées d'un liquide sanguinolent de couleur lie de vin : les tubercules de la substance pulmonaire sont même quelquefois déjà abcédés et donnent de la mauvaise odeur ; enfin une grande partie du restant du poumon moins malade est hépatisée. Dans cet état de choses, le boucher jette les poumons, le péricarde et le médiastin ; il jette les parties des côtes et du diaphragme sur lesquelles la plèvre était recouverte de fausses membranes, et il vend tout le reste comme viande de seconde qualité : ce commerce a toujours eu lieu dans les environs de Paris, et à Paris même avant l'organisation des abatoirs ; et quoiqu'on ne puisse assurer que cette viande n'est pas mauvaise, il n'y a pas eu d'exemples qu'elle ait donné lieu à des accidens. (1)

Maintenant si l'on recherche d'autres faits analogues, on en trouve une foule qui paraissent confirmer cette innocuité des viandes de qualité inférieure, même des viandes d'animaux malades et morts par suite de leurs maladies.

Dans la malheureuse épizootie qui a fait périr tant d'animaux de la race bovine de 1814 à 1816, il est constant que la ville de Paris a été alimentée, riches et pauvres sans exception, pendant des mois entiers, de la viande des animaux atteints par le typhus épizootique contagieux et souvent morts avant d'être livrés à la boucherie ; cependant, à cette époque, aucune maladie grave qu'on pût attribuer à cette cause ne s'est montrée dans Paris. (2).

Chez la plupart des peuples pasteurs nomades et pauvres, on ne tue pour les manger que les animaux malades étiques, souvent sur le point de périr, et qu'on rejetterait avec dégoût chez les peuples plus riches.

Enfin, on cite des exemples où des animaux morts du charbon donnaient le charbon aux bouchers qui les dépeçaient et aux soldats qui préparaient la viande, et où cependant cette même viande servait, sans aucun inconvénient, d'aliment à leurs camarades.

Il paraît que, dans ce cas, la cuisson dénaturait le virus et rendait la chair des animaux sans influence nuisible marquée pour la santé. (3)

Heureusement les maladies charbonneuses, dans le gros bétail, sont excessivement rares à Paris, et il n'est peut-être pas d'exemple, chez des bouchers ou chez des cuisinières, de pustules malignes développées par suite du maniement de la chair d'animaux charbonneux.

Vous ne tirerez pas cependant de ces faits la conclusion que je pense qu'il ne faille pas surveiller le débit de la viande de boucherie.

Je crois au contraire, M. le préfet, que cette surveillance doit être aussi active que possible, afin que le bas prix de cette viande ne permette pas à des familles pauvres d'en faire leur principale nourriture, leur nourriture habituelle : on sait qu'un mauvais aliment, qui est sans inconvénient quand on en fait un usage momentané, peut devenir, par un emploi continu, une source de maladies ; on sait aussi que les chairs des animaux qui ont subi un commencement de putréfaction peuvent, dans quelques cas, développer, sur les personnes qui les touchent, les accidens les plus graves.

Je pense donc, dans les cas dont il s'agit, qu'il y a lieu de répondre à M. le maire d'Asnières qu'il doit faire surveiller avec le plus grand soin le débit de la viande chez les bouchers et les marcandirs ; qu'il doit faire détruire toutes les viandes qui, chez ces marchands, seraient reconnues de mauvaise qualité, et qu'il doit leur interdire de débiter la viande de tout animal malade, à plus forte raison de tout animal mort, à moins qu'un vétérinaire et un médecin requis par l'autorité, n'aient décidé que cette viande pouvait être mangée sans inconvénient.

Ces prescriptions font déjà le sujet d'anciennes ordonnances de police ; il y a donc lieu, par l'autorité locale compétente, à les faire exécuter là où le besoin s'en fait sentir.

La prescription aux bouchers de ne débiter aucun animal malade et surtout aucun animal mort, sans que la permission de le faire n'ait été accordée d'après une visite d'un médecin et d'un vétérinaire, rend le débit de ces sortes de viandes très-difficile, si l'autorité locale exerce quelque surveillance. A Paris, l'organisation des abatoirs rend presque impossible toute fraude à cet égard ; dans les communes rurales, un peu de surveillance de la part de MM. les maires rendra les tentatives très rares d'abord et souvent infructueuses.

Je pense donc que, dans la circonstance dont parle M. le maire d'Asnières, et en élaguant tout ce qu'il y a d'exagéré dans les faits rapportés par lui, il n'y a rien de nouveau, rien d'extraordinaire, et que la salubrité publique n'est pas plus compromise que dans les circonstances ordinaires.

---

(1) *Mémoire sur la péripneumonie chronique ou phthisie pulmonaire qui affecte les vaches laitières de Paris et des environs ;* par J.-B. Huzard. An VIII, in-8°.

(2) *Rapports et observations sur l'epizootie contagieuse régnant sur les bêtes à cornes, etc.* 3e édit, 1815, in-8°.

(3) *Mémoire sur la maladie qui affecte les vaches laitières*, déjà cité (page 55).

EMPOISONNEMENT *par l'arsenic appliqué sur un cancer.*

Nous soussignés, docteurs en médecine et pharmaciens du Mans, en vertu d'un réquisitoire de M. le procureur du roi, en date du 4 juin 1830, nous sommes réunis le 5, à six heu- du matin, en l'officine de M. Guerange, place Saint-Pierre, où nous avons procédé en présence de MM. le procureur du roi et du juge d'instruction, à l'examen des objets indiqués dans le procès-verbal de nécropsie.

Nous analysons successivement :

1° L'onguent encore adhérent à la surface cancéreuse;
2° L'emplâtre employé dans ce traitement;
3° Le sang veineux;
4° Le lavage de l'estomac.

La réalité de l'empoisonnement par absorption cutanée, lorsqu'il existe une certaine proportion de poison déposé sur une assez large surface, récemment dépouillée de son épiderme, se trouvant démontrée par les faits le plus positifs, l'examen des deux premiers objets est le seul essentiel dans cette cause. Celui des deux autres présentant un intérêt plus particulièrement scientifique, et d'ailleurs nous laissant peu d'espoir de rencontrer l'arsenic dans le sang puisque jusqu'ici les expériences les mieux faites ont été sans résultat, même dans les empoisonnemens par absorption digestive, et dans lequel on avait rencontré l'arsenic en grande proportion, dans l'estomac et dans les intestins.

1° *Analyse de l'onguent pris sur la surface cancéreuse.*

Une portion de cette matière, calcinée dans un creuset de terre avec le nitrate de potasse, répand une odeur d'ail sensible pour tous les assistans; traitée par l'eau distillée avec addition d'une certaine proportion de nitrate d'argent, elle précipite en rouge ocreux et briqueté, résultat qui ne laisse aucun doute sur la présence de l'arsenic. Une autre partie de la même substance, chauffée dans un tube en verre avec la potasse, de manière à la faire passer en vapeur sur le charbon incandescent, dépose à l'instant sur les parois de ce même tube, une grande quantité d'arsenic revivifié. Ce résultat nous offre des caractères aussi positifs que le premier.

2. *Matière de l'emplâtre employé dans le traitement.*

Soumise aux deux analyses que nous venons d'indiquer, cette matière donne naissance aux mêmes produits, et son identité avec l'onguent trouvé encore adhérent à la superficie cancéreuse, devient absolument incontestable.

3. *Analyse du sang.*

On le soumet à la coction, à la dessication, à la calcination, avec le nitrate de potasse, on le dissout dans l'eau distillée ou filtrée, ou traite une partie de la filtration par le nitrate d'argent, une autre par l'oxide hydro-sulfurique, etc., sans obtenir aucun résultat assez positif pour démontrer la présence de l'arsenic dans le sang, la matière déposée sur le filtré, soumise à l'action de la potasse et du charbon par l'intermédiaire du calorique, ne présente également aucun résultat.

4. *Analyse du lavage de l'estomac.*

Soumis aux mêmes opérations, aux mêmes réactifs, il ne fournit également aucun indice de la présence du poison.

De ces opérations et de ces faits, nous concluons :

1. L'emplâtre appliqué sur la surface dénudée par le vésicatoire contient une grande proportion d'arsenic à l'état de sulfure jaune (orpiment) comme il est facile de s'en convaincre au simple aspect rapproché des résultats de l'analyse.

2. En raison de l'étendue que présente la surface dénudée, l'emplâtre appliqué sur cette même surface, l'activité de l'absorption chez une femme jeune et d'ailleurs pleine de santé, la quantité d'arsenic était plus que suffisante pour occasionner l'empoisonnement.

3. La femme Métivier a bien évidemment succombé à la double influence de cet empoisonnement et de la congestion pulmonaire, effectuée par la suspension des règles consécutivement à cette même application.

4. Les analyses relatives au sang, au lavage de l'estomac, entreprises dans un but exclusivement scientifique, ne peuvent infirmer ces conclusions, puisque d'une part nous trouvons la présence d'une quantité plus que suffisante de poison, et de l'autre tous les symptômes pathologiques, tous les résultats nécropsiques d'un véritable empoisonnement.

Signé ROUSSET, LEPELLETIER.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

MAI 1834.

N° DU 15.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

De la marche des maladies considérées sous le point de vue thérapeutique, chez les personnes douées de la constitution particulière aux gens de lettres, aux artistes, etc. (1). Par J.-H. RÉVEILLÉ-PARISE.

Il est en médecine un principe de pathologie reconnu vrai dans tous les temps : c'est que, si chaque maladie a ses symptômes particuliers, la marche de cette maladie est puissamment modifiée par la constitution individuelle, et cette modification est telle que deux maladies placées dans le même cadre, n'ont réellement qu'une identité très-générale. La vie diffère dans chaque homme, qu'il soit souffrant ou qu'il jouisse de la plus belle santé.

Cette donnée admise, on doit s'attendre que le cours des maladies, chez les penseurs éminemment nerveux, présentera des circonstances particulières importantes à connaître pour en diriger méthodiquement le traitement. Je réduis ces circonstances à trois principales : 1° *Les accidens nerveux.* On voit ici toute l'influence de la constitution dont il s'agit. En effet, le délire, les hallucinations, les spasmes, les agitations tétaniques, les raptus de sang au cerveau, sont alors très-fréquens. Ce dernier accident est surtout habituellement observé dans les maladies aiguës des hommes livrés aux travaux de la pensée. Chez eux, la *tête se prend*, selon leur expression, avec une étonnante facilité, et il est aisé d'en trouver la raison. Cependant remarquons qu'il est d'une haute importance de bien distinguer si le délire, quand il a lieu, est sympathique, ou s'il est le produit de l'inflammation des méninges. On conçoit que cette différence est essentielle pour le traitement à établir ; mais il faut avouer que la distinction dont nous parlons n'est pas toujours facile à faire. Chez les individus où il y a prédominence nerveuse, comme les femmes, les enfans, le délire sympathique ou par agitation générale se manifeste souvent ; mais ici nous avons de plus, les longs travaux, les excitations soutenues auxquelles le cerveau a été soumis, ce qui le dispose singulièrement aux congestions et aux inflammations. Au reste, les signes commémoratifs, l'idiosynerasie du malade, indépendamment des signes particuliers de la maladie, mettront le praticien attentif sur la voie.

Remarquons encore que, dans leur délire, les penseurs se représentent sans cesse les objets de leurs travaux et de leurs études. C'est un trait presque caractéristique que ce symptôme dans le cas dont il s'agit, tant les idées qui les préoccupent se sont profondément fixées dans l'organe ! Quel que soit le degré du désordre fonctionnel du cerveau, il est rare que ces idées s'effacent entièrement ; c'est toujours l'histoire du *Carré de douze* de M. de Lagny, ou bien de ce joueur dont parle Morand, qu'on ne tirait de son insensibilité qu'en lui criant fortement *quinte*, *quatorze* et le *point*. Le géomètre Varignon, étant malade, se voyait transporté, dans son délire, au milieu de hauts arbres dont les feuilles étaient transformées en formules algébriques. J'en ai vu réciter des vers, expliquer des passages latins, faire des discours à la chambre des pairs ou des députés, discuter avec des électeurs, combattre les motifs d'un ministre, etc. Certains même, dans l'exaltation de leurs pensées religieuses, pensent avoir des révélations sur leurs maladies. Le grave et sage Marc-Aurèle dit : « Je remercie les dieux de m'avoir indiqué en songe différens remèdes pour mes crachemens de sang et mes étourdissemens, comme il m'est arrivé à Gaëte et à Chrèse. »

2° *L'irrégularité des symptômes.* On le sait depuis long-temps, la force vitale est le plus grand trouble-calcul qui existe ; jamais on ne soumettra cette puissance à la rigueur géométrique : c'est bien autre chose quand la sensibilité est extrême et l'action musculaire diminuée. L'*impetus* vital est alors complétement irrégulier, et rien ne trahit mieux l'épuisement du principe de la vie. C'est ce qu'on voit dans les maladies aiguës des hommes qui, par de longs travaux de l'esprit, ont fatigué l'appareil nerveux. Si le rhythme vital est mobile, inégal chez l'homme de lettres ou l'artiste jouissant de la santé, qu'on juge de ce qu'il doit

(1) Cet article doit être considéré comme se rattachant à celui qui a été publié page 341 de ce journal, Tome 20 de l'Encyclogr. sur les *Principes généraux de Thérapeutique applicables aux gens de lettres.*

être, quand une affection pathologique grave ébranle et bouleverse l'économie. Rarement voit-on chez eux une maladie naître, se développer, parcourir ses périodes avec une constante régularité. Presque toujours les symptômes sont tumultueux, les accidens bizarres, les crises intempestives, l'événément incertain. C'est alors que l'on reconnait toute la vérité de l'axiome d'Hippocrate : *Acutorum morborum non omnino tutœ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.* Remarquez bien, en effet, qu'il ne faut pas toujours porter un pronostic fâcheux, malgré la discordance et l'apparente gravité des symptômes. Tout cet appareil effrayant se dissipe quelquefois avec une singulière facilité, parce qu'il est entièrement dû à une sensibilité excessive qui agite profondément l'organisme, toutefois sans lésion notable. Ne mesurez donc pas toujours la force accélératrice des mouvemens vitaux sur l'activité nerveuse : c'est une observation faite journellement par les praticiens. Mais si le mal est opiniâtre, si la nature est *tenax propositi*, comme dit Stahl, il faut craindre alors que les forces vitales, depuis long-temps fatiguées, ne puissent résister à l'attaque.

3° *La rapidité des Sympathies.* Un botaniste célèbre, le docteur Clarke, ayant porté une fleur sous son nez, et respiré avec force pour en recueillir le parfum, un insecte s'introduisit dans une narine et y causa très-promptement une inflammation qui devint mortelle. Le musicien Lulli, marquant un jour la mesure avec un long bâton, se frappa rudement le pied; il survint presque aussitôt des accidens qui emportèrent le malade. Il est évident que, dans ces deux cas, il y avait une prédisposition toute particulière. C'est qu'en effet, chez les hommes très-irritables, la diffusion progressive du travail local morbide est très-rapide, parce qu'elle dépend presque toujours du système nerveux. Ainsi, la condition pathologique par excellence existe ici au degré le plus marqué : de là ces accidens, ces symptômes qui affectent en peu de temps presque toute l'économie, ces perturbations générales, par une impression douloureuse portée sur l'un des rameaux les plus déliés du système nerveux. Les stimulations sympathiques ont, dans cette constitution, un degré d'énergie qu'elles n'ont dans aucune autre; c'est ce qui fait que la chaîne pathogénésique des causes de la maladie aux symptômes et aux accidens, parait souvent rompue. On ne conçoit pas qu'une cause, parfois assez légère, puisse déterminer une maladie souvent mortelle. Cela est vrai; mais il faut réfléchir que l'édifice était miné depuis long-temps. Fréron mourut frappé de la goutte, en apprenant la suppression de son journal. Pitt mourut aussi de la même maladie, quand il sut les éclatantes victoires de Napoléon.

D'après ces considérations, il est évident que la marche des maladies chez les hommes qui font abus des travaux de l'intelligence, étant presque toujours irrégulière, est, par cela même, redoutable et insidieuse. A moins que l'individu, ordinairement névropathique, n'éprouve de ces affections nerveuses journalières auxquelles la plupart des penseurs sont exposés, il faut être en garde sur les accidens qui peuvent se développer. Praticien éclairé, tenez-vous surtout dans une prudente et opportune réserve relativement au pronostic; vos prévisions pourraient être rudement démenties. La force, la promptitude de la réaction curative, ne peuvent être estimées que d'une manière très-approximative; on ne peut quelquefois distinguer la lésion primitive, essentielle, à travers le tumulte des symptômes produits par un système nerveux continuellement prédominant et agité; comment alors prononcer sur l'issue probable de la maladie? La seule règle assez positive qui puisse guider dans ce cas, est qu'en général l'économie étant épuisée par de longs travaux, cette énervation doit être comptée pour beaucoup dans la probabilité des chances de la maladie. Van Orbeeck, peintre hollandais, tomba gravement malade par suite de ses excès dans tous les genres. Les médecins fondaient quelques espérances sur son âge; mais il leur dit : *Messieurs, n'ayez aucun égard à mes quarante-six ans; il faut compter* DOUBLE; *car j'ai vécu jour et nuit.* Il mourut en effet de cette maladie, en 1706.

C'est surtout dans la convalescence qu'on remarque combien est grande la prostration et l'épuisement des forces. En général, à moins que l'individu ne soit encore jeune, cette convalescence est longue et pénible, chez les hommes dont les labeurs forcés de la pensée ont longuement fatigué l'économie. La violence de la maladie, la diète prolongée, le défaut de sommeil, ont ensuite beaucoup ajouté à la faiblesse et radicalement épuisé l'énergie de la puissance vitale. Dès lors comment ranimer ce corps languissant, comment soutenir, aviver ce principe de vie prêt à s'éteindre, fortifier des organes sans ressort, étayer un édifice ruiné de toutes parts? Ce n'est qu'à force d'art, de soins et de temps qu'on obtient quelques succès. C'est bien pis, quand il y a également prostration morale, quand la crainte de la douleur, les terreurs de la mort, se joignent à un esprit profondément navré de l'expérience de la vie. Rien de plus difficile que la conduite à tenir dans cette circonstance. Puis, il faut le dire, cette prééminence intellectuelle qui distingue certains hommes disparaît trop souvent dans leurs maladies. Quinteux, difficiles, impatiens de guérir et négligeant les moyens d'y parvenir, ils retombent sous le niveau commun de l'humanité. De cette manière, leurs maux s'aggravent, parce qu'il devient impossible de bien diriger une maladie lorsqu'on n'est pas secondé par le malade. Un corps usé, un cœur flétri, une ame sans illusions, tel est quelquefois le sujet donné à un médecin pour rétablir la santé, la vie et le bonheur. Quel problème! La plupart sont doux, résignés, confians, et presque toujours ils guérissent, ou du moins leurs maux n'ont jamais ce degré de violence qui les rend insupportables. Montesquieu disait : *Je sais être aveugle.* Eh bien! cette science a beaucoup adouci le malheur dont il se plaignait.

Il convient aussi de signaler un préjugé qu'on remarque chez certains penseurs : c'est qu'à peine échappés à une maladie grave, ils s'imaginent que leur santé est désormais inébranlable, que leur corps est purifié, refait à neuf; ils aiment à *s'enchanter* eux-mêmes de cette espérance. Ce préjugé est dangereux, en ce qu'il fait perdre de vue cet excellent principe d'hygiène, que toute maladie survenue à un certain âge porte une atteinte à l'organisme, dont il faut soigneusement observer les effets (1).

---

(1) Le moral même n'est pas toujours exempt d'altéra-

C'est en vertu de ce principe qu'il faut prolonger les soins de la convalescence jusqu'à ce que l'équilibre des forces soit complétement rétabli, notamment celles de l'estomac. Mais ici nouvel obstacle : comment s'occuper sans cesse d'une santé odieusement tyrannique et délicate ? Choyer ainsi le corps et négliger l'esprit, n'est-ce pas encourir la malédiction des muses. Aussi se hâte-t-on de reprendre ses travaux de méditation ; les organes sont encore souffrans, mais l'esprit est lucide ; que faut-il de plus pour se renfermer jour et nuit dans le cabinet ou l'atelier, élaborer son œuvre un instant délaissée, œuvre de vie à laquelle l'immortalité est promise. Après une grave maladie, un grand poète écrit : « J'étais, le 15, absolument hors du danger, et je faisais des vers le 16. » Voilà ce que les médecins remarquent tous les jours. On a beau dire que cela est rare à notre époque, que le temple de mémoire est abandonné pour celui de la bourse ; oui, par des artisans poètes, des manufacturiers des beaux-arts, que la spéculation mercantile, le désir du lucre, l'agiotage de la réputation possèdent entièrement, mais non par le véritable artiste, par le poète enthousiaste, repoussant la vie vulgaire, la vie des intérêts matériels. D'ailleurs, si l'activité intellectuelle se porte sur les affaires publiques, croit-on que la santé s'en trouve moins compromise ? Qu'on se désabuse à cet égard. Je l'ai déjà dit, il y a bien du danger à respirer l'atmosphère enflammée des passions politiques. Si les profondes et opiniâtres études du cabinet deviennent une source de maladies, il y a aussi des adoucissemens ; mais les idées politiques qui fermentent sans cesse au fond du cœur, le zèle ardent des partis, les intrigues à conduire, les soins qu'il faut se donner, les ennemis, les calomnies qu'on doit dévorer, les angoisses précordiales à éprouver pour se faire un piédestal populaire ou monarchique, est-il rien de plus capable de tourner le sang, d'ébranler chaque fibre de l'économie? Que d'exemples ne pourrais-je pas citer des funestes effets de pareilles agitations ! Excès pour excès, je préfère encore les premiers aux seconds, leur action est moins fatale ; des tables de mortalité, dressées dans ce sens, feraient foi de cette vérité.

RÉVEILLÉ-PARISE.

tion. « Nous avons, dit Pascal, un autre principe d'erreur, savoir, les maladies. Elles nous gâtent le jugement et le sens, et si les grandes l'altèrent sensiblement, je ne doute point que les petites n'y fassent impression à proportion. »

Sur l'emploi de l'Huile de Morue dans quelques affections rhumatismales et vermineuses.

On ne saurait trop se rendre compte de l'engouement qu'éprouvent certains médecins pour des substances médicamenteuses nouvelles dont l'action est loin d'être constatée, tandis qu'ils abandonnent des remèdes éprouvés et dont l'action est sans danger. Ces réflexions s'appliquent surtout à l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue (*oleum jecoris aselli*) dont la haute efficacité est aujourd'hui reconnue dans diverses affections qui, par leur opiniâtreté, ont fait plus d'une fois le désespoir de la médecine. Je ne saurais trop à quoi attribuer la cause qui fait rejeter en France de la matière médicale l'huile du gade (*gadus morrhua*). Serait-ce son goût désagréable ? L'huile empireumatique de Dippel l'est vingt fois plus. Serait-ce son prix élevé ? On peut le faire fléchir d'une manière extraordinaire en engageant nos pêcheurs aux bancs de Terre-Neuve de nous apporter de l'huile pure, ce qui rentrerait dans les attributs de notre commerce ; tandis que nous sommes encore tributaires des villes anséatiques, et que les difficultés qui s'opposent à l'entrée de ce médicament en quadruplent la valeur. Et comme je ne doute point que ces lignes ne soient lues par quelques-uns des jeunes chirurgiens qui accompagnent nos bâtimens pêcheurs dans les parages fréquentés par des myriades de morues, nous allons nous occuper en peu de mots de la préparation de l'huile de ce poisson ; telle qu'on la fabrique à Berg, en Norwége, d'où la tirent les Allemands qui ont surtout expérimenté ce médicament et qui en ont constaté les bons effets. Nous empruntons ce mode de préparation à la dissertation inaugurale sur l'emploi de l'huile de foie de morue, publiée en 1826, par notre ami, M. Elberling.

Après avoir passé, dit-il, une partie de la journée à la pêche, et amené son produit à terre, les pêcheurs ouvrent les poissons, et en extraient les foies qu'ils entassent dans de grandes cuves exposées aux rayons solaires. La chaleur de cet astre fait sortir de ces foies une matière fluide, transparente, légèrement jaunâtre, qui ressemble assez à l'huile de pavot, et que les pêcheurs nomment *huile limpide blanche*. C'est la première qualité d'huile, celle qu'il faut toujours employer à l'intérieur, ou comme topique dans les maladies de l'œil. En effet, les restes des foies ne tardent pas à entrer en putréfaction, et il s'en échappe alors une grande quantité d'huile brune, connue dans le commerce sous le nom d'*huile limpide brune*. C'est la seconde qualité, qui ne doit être employée que pour l'usage extérieur. Il est enfin une troisième qualité produite par un moyen plus expéditif, qui consiste à soumettre les restes des foies à l'action du feu dans de grandes marmittes de fer ou l'on prépare l'huile de baleine. L'huile ainsi obtenue est plus ou moins obscure, selon son degré de cuisson ou l'état avancé de putréfaction où étaient les matières.

Je ne m'occuperai pas ici des différences de l'huile de morue d'avec les autres huiles ; je renvoie pour cela à un travail de M. Auguste-Antoine Reder, publié à Rostoch, en 1826. MM. Thénard, Gay-Lussac et Chevreul se sont occupés très-soigneusement de l'analyse de cette substance, et ce dernier y a même découvert un principe particulier qu'il a nommé *cétine*.

Dès la plus haute antiquité, l'on a reconnu des propriétés curatives au foie de divers poissons. C'est avec la vésicule hépathique enlevée à un poisson monstrueux que le fils de Tobie guérit son père d'une cécité datant de plusieurs années. Pline parle également en ces termes dans son *Histoire naturelle*, de l'emploi médical de cette substance (1).

(1) *Quindam delphini jecur in fictili torrent, donec pinguitudo similis oleo fluat, ac perungunt. Pruritum scabiemque non hominum modo sed et qua-*

Voilà donc des indications thérapeutiques bien précises et bien anciennes; aussi pouvons-nous dire : *Nil sub sole novum ;* car l'usage de l'huile de morue se perd dans la nuit de temps chez les peuples pêcheurs. Et quand le docteur Schenk fixa sur cette huile l'attention des médecins allemands, ce remède était déjà populaire dans toute l'Allemagne et la Hollande, et surtout dans les pays qui avoisinent la mer. Les faits que ce praticien publia dans le journal de Hufeland sur l'efficacité de l'huile de morue contre les rhumatismes chroniques excitèrent au plus haut point l'attention des médecins allemands, et dès lors elle fut expérimentée avec soin par toutes les notabilités médicales de ce pays.

Avant d'essayer l'huile de morue dans le traitement des affections arthritiques et rhumatismales, je l'avais mise en usage extérieurement dans des conjonctivites chroniques et dans de légers albugos, et je n'ai qu'à me louer de cette médication. Puis, avant de l'administrer intérieurement aux autres, j'ai cru qu'à l'exemple du docteur Jœrg de Leipsig, je devais en prendre moi-même quelques cuillerées à café. Les phénomènes les plus remarquables que j'ai constatés sont les suivans : goût nauséeux, ressemblant à celui produit par les poissons pourris, et persistant, malgré de nombreuses lotions. Aussitôt après son ingestion, on éprouve une sensation âcre dans l'œsophage, laquelle est d'autant plus violente que l'huile est moins pure. Cette sensation est accompagnée d'un ptyalisme visqueux et fort abondant. Plusieurs heures après, l'on est encore en proie à des éructations chargées de gaz oléagineux, non moins fétides que l'huile elle-même. Viennent ensuite quelques coliques et de légères garde-robes imprégnées de l'odeur caractéristique; et une sécrétion plus abondante de l'urine qui exhale la même odeur. Plus l'huile est foncée, plus ces symptômes sont évidens, et bon nombre de médecins allemands ont constaté les propriétés diaphorétiques de cette substance, qui imprime même à la sueur son odeur désagréable. Les mêmes expérimentateurs ont constaté que l'huile de morue possédait à un très-haut degré la propriété emmenagogue : aussi recommandent-ils expressément d'en suspendre l'usage à l'époque des règles. Le peu d'observations que j'ai recueillies pour mon compte personnel ne m'ont pas permis de vérifier cette observation; mais j'ai acquis la conviction que, dans un très-grand nombre d'affections rhumatismales chroniques, c'est un remède très-efficace, et qu'il faut chercher à propager en France.

On prescrit l'huile de morue pour les adultes à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche par jour, et même plus, ainsi que le fait le docteur Dunrige : aux enfans, on en donne autant de cuillerées à café. Afin de diminuer la répugnance que son goût fait naître, on a voulu lui adjoindre divers correctifs qui n'ont point rempli leur but. Les médecins allemands font rincer la bouche avec de l'eau-de-vie ou de l'absinthe; quant à moi, je préfère mettre la dose ordonnée dans un quart de verre d'émulsion d'amandes amères, qui s'avale en même temps et qui neutralise le goût désagréable. J'ai essayé, même à plusieurs reprises, de couper et de battre l'huile avec égale quantité de jus de citron, elle produit alors moins d'éructations. Je me propose de faire fabriquer un savon qui pourra être pris sous forme de bols. A l'extérieur, on l'administre en frictions, pur, ou uni à l'éther ou à l'ammoniaque.

C'est un excellent moyen pour détruire les lombrics et les vers ascarides, surtout si l'on a soin d'en prendre simultanément par la bouche et par le rectum. J'ai compulsé dans les journaux allemands cent quarante cas de guérisons obtenues par l'administration de ce médicament qui, dans quelques circonstances, a été employé à des doses énormes, plusieurs malades en ont pris jusqu'à quatre onces par jour, sans que leurs fonctions digestives en aient souffert. Nous désirons que la matière médicale française s'enrichisse d'un médicament aussi utile, et nous ajouterons aussi rare; car il est encore aujourd'hui fort difficile de s'en procurer à Paris.

CARRON DU VILLARDS.

drupedum efficacissime sedat jecur pastinaceæ decoctum in oleo. Podagris articularisque morbis utile est oleum in quo decocta sint intestina ranarum, item vituli marini cujus et adeps prodest. vol. 5, lib. 32, p. 164.

—

De l'emploi du chlore dans le traitement de la phthisie pulmonaire et des catarrhes chroniques.

Il n'est personne qui ne soit porté à encourager toutes les recherches thérapeutiques qu'on peut entreprendre dans le but de trouver un moyen propre, si ce n'est à guérir, du moins à arrêter la marche de la phthisie pulmonaire, maladie désespérante pour l'art, et qui produit à elle seule le quart et même le tiers de la mortalité des grandes villes. Je ne sais ce que l'avenir nous destine, mais l'on doit avouer que jusqu'ici toutes les tentatives qui ont été faites n'ont été guère heureuses.

L'idée de combattre la phthsie au moyen des fumigations propres à porter dans l'intérieur du poumon, dans l'acte respiratoire, les principes médicamenteux, était toute naturelle; aussi les médecins ne s'en sont point fait faute depuis une quarantaine d'années. Dès que la chimie eut trouvé les principes constituans de l'air atmosphérique, on se hâta de faire respirer aux phthisiques un air plus chargé d'oxigène; on espéra que cet air plus excitant relèverait les forces affaiblies des malades, faciliterait l'évacuation des vomiques pulmonaires, et amènerait par suite la cicatrisation des cavernes. Des succès, même assez nombreux, furent enregistrés à cette époque, parce qu'il est dans notre nature de compter toujours beaucoup trop sur les essais nouveaux : la coloration de la peau, une énergie factice, donnaient à ces malades l'apparence d'une guérison mensongère; mais bientôt un marasme plus rapide entraînait au tombeau ceux qu'on avait crus sauvés.

Après l'insuccès de cet air excitant, l'on en vint à mettre les phthisiques dans une atmosphère chargée de miasmes animaux, par conséquent jouissant d'une vertu opposée; les résultats n'en furent pas plus heureux.

Les fumigations émollientes, aromatiques, balsamiques, résineuses, les fumigations aqueuses ou éthérées avec la ciguë, la morelle, etc., n'ont point eu des avantages cura-

tifs plus marqués. Elles sont, il est vrai, quelquefois utiles; mais certainement elles n'ont jamais guéri une seule phthisie bien jugée.

Aussitôt que Laënnec, par son génie, eut créé l'auscultation, et qu'il lui devint impossible, ainsi qu'à ses élèves, de se méprendre sur l'existence des cavernes pulmonaires, il reprit et expérimenta tous les genres de fumigations conseillés dans la phthisie : aucune lui réussit. Frappé de l'idée que cette affection était rare sur les côtes de la mer, et attribuant son absence à l'influence de l'atmosphère marine, il voulut tenter, à la clinique de la Charité, de mettre quelques sujets atteints de phthisie dans des circonstances les plus semblables possible à celles où se trouvent les habitans du littoral del a mer. Une petite salle de quatre lits fut disposée pour cela; au-dessous du lit de chaque malade, était placée une claie couverte de plantes marines fraîches, de la famille des varrechs, dont les émanations se répandaient dans l'air. La persévérance la plus grande a été mise dans ces essais, que nous avons suivis pendant deux ans entiers, sans leur avoir vu produire aucune espèce d'effet, ni en bien ni en mal (1).

Est venu ensuite M. Ganal, chimiste habile et esprit généreux, qui a annoncé les fumigations de chlore comme étant un moyen curatif de la phthisie. Malgré le peu de confiance que l'on ajouta d'abord aux merveilleux effets de ce médicament, plusieurs médecins, et nous fûmes du nombre, l'expérimentèrent avec constance et courage. Il fut reconnu que le chlore n'arrêtait point la marche de la phthisie, qu'au contraire elle la hâtait souvent, en déterminant une augmentation de la toux et des hémoptysies répétées. Pour notre compte, après l'avoir employé chez une trentaine de malades à l'hôpital de la Charité, nous fûmes obligés d'y renoncer à cause de ces accidens.

Tous les médecins qui ont voulu depuis lors appliquer le chlore au traitement de la phthisie, et ils sont nombreux tant à Paris qu'en province, n'ont pas tardé à l'abandonner. M. le docteur Toulmouche, médecin de la maison centrale de détention de Rennes, qui, depuis 1829, a expérimenté ce médicament sur plus de soixante phthisiques pectoriloques, est forcé d'avouer que ses résultats sont aussi négatifs que les nôtres.

Les fumigations de chlore doivent donc être proscrites dans le traitement de phthisie. Le mieux momentané que les malades éprouvent et qui consiste dans une expectoration plus facile, dans la meilleure qualité de crachats, dans le retour de l'appétit, n'est point suffisant pour persister dans son emploi, puisque plus tard il détermine de l'ardeur à la gorge et au larynx, de la sécheresse dans la poitrine, une toux plus forte et très-souvent des hémoptysies.

Mais cette propriété de rendre les crachats plus muqueux, de faciliter l'expectoration, peut permettre d'employer les fumigations de chlore dans les catarrhes chroniques. Comme M. Toulmouche, nous avons retiré de bons effets de ce moyen dans ces affections; non pas chez tous les malades, mais sur un assez grand nombre pour que nous puissions en conseiller l'essai, surtout lorsque la maladie aura résisté aux fumigations balsamiques et résineuses et aux autres moyens indiqués en pareil cas. Nous sommes portés à croire que toutes les phthisies qu'on a enregistrées comme guéries par le chlore, n'étaient en définitive, que des catarrhes pulmonaires pareils à ceux que M. Toulmouche et moi avons observés. Pour ne point nous étendre trop long-temps sur ce sujet, nous nous contenterons de donner le résumé de quelques-unes des observations du médecin de Rennes.

Obs. I. M. D..., âgé de 36 ans, d'une taille élevée, d'une structure grêle, ayant la poitrine peu large, fut pris au commencement de 1828, à la suite d'un traitement mercuriel prolongé, d'une petite toux qui bientôt devint très-fatigante et s'accompagna d'une expectoration muqueuse avec sueurs erratiques la nuit. Les forces diminuaient, la respiration était courte et gênée au moindre exercice. La poitrine, exa-

---

(1) La guérison de la phthisie pulmonaire, et j'entends par là la cicatrisation des cavernes, est on ne peut pas plus rare. La médecine a une bien faible part dans ce résultat, et c'est, à notre avis, toujours à la nature qu'il faut le rapporter, car les malades, dans toutes les guérisons de cette nature qui ont été constatées, avaient été abandonnés par les médecins. Laënnec a observé quelques exemples de cicatrisation des cavernes; j'en ai vu un seul, mais il est authentique et des plus remarquables; le voici. Une brodeuse de vingt-quatre ans, Mme Boumard, entra à la Clinique de la Charité, il y a quelques années, dans un état de phthisie fort avancé. Il y avait une pectoriloquie éclatante sous la clavicule droite, du gargouillement sous l'aisselle, des crachats purulens et l'état de marasme qui était la conséquence d'une affection si grave. Après avoir séjourné deux mois dans les salles où le mal avait fait des progrès, puisqu'une caverne nouvelle s'était formée au sommet du poumon gauche, la malade voulut absolument sortir de l'hôpital, et son mari la fit transporter chez elle, où je consentis à lui continuer mes soins. Deux applications de sangsues, que je fus obligé de faire pour combattre une douleur pleurétique qui fut occasionée par le transport, augmentèrent sa faiblesse qui était déjà extrême. Les sueurs nocturnes et le dévoiement devinrent aussi plus intenses. Tel était l'état de la malade. L'on pouvait rationnellement compter les jours qui lui restaient à vivre, lorsqu'un oncle, qu'elle aimait beaucoup, arriva à Paris pour la voir. Le bonheur qu'elle en ressentit eut l'effet le plus avantageux; elle reprit quelque force et put supporter des alimens. L'amélioration fut telle qu'au bout d'un mois, cet oncle, qui avait de l'aisance, voulut absolument emmener, à petites journées, sa nièce dans sa famille; la distance était de quatre-vingts lieues, vers le Midi. J'y consentis, tout en prévenant que la malade était perdue, et que, supposé qu'elle supportât bien le voyage, ce qui arrive presque toujours aux phthisiques, elle ne tarderait point à succomber après son arrivée. Je n'avais plus entendu parler de Mme Boumard, et je la croyais morte depuis long-temps, lorsque, deux ans après, je rencontre, dans une rue de Paris, une personne dont la figure me frappe; après avoir fait quelques pas, le souvenir de mon ancienne malade me revint; je cours à elle, je l'appelle par son nom : c'était Mme Boumard elle-même qui avait pris de l'embonpoint et de la fraîcheur. Elle est venue chez moi, et j'ai constaté et fait constater à plusieurs confrères la persistance de la pectoriloquie sous les clavicules. Cette dame n'a plus ni dévoiement, ni sueurs; ses digestions sons parfaites; elle travaille comme précédemment; elle ne tousse et ne crache que le matin à son lever. Voilà un bel exemple de cicatrisation des cavernes pulmonaires.

minée en avril 1829, résonnait bien partout : la respiration était égale et bonne. Un vésicatoire fut appliqué au bras et le malade fut habiter les bords de la mer pendant l'été ; à son retour à Rennes, il consentit à s'enfermer plusieurs heures par jour dans des ateliers de blanchisseuses pour y respirer les vapeurs du chlore qu'on y employait. Son état ne s'améliorant pas, les crachats muqueux étant aussi abondans et les sueurs nocturnes persistant ainsi que l'amaigrissement, il fut soumis au mois d'octobre aux aspirations de chlore ; au commencement de novembre, la toux était moins fréquente, il n'était plus aussi étouffé ; l'abondante transpiration nocturne avait cessé ainsi que les douleurs de poitrine, et à la fin de janvier 1830, il ne toussait plus ; il avait repris ses occupations et la guérison était complète. — Quelques mois après, M. D. succomba à une gastro-céphalite aiguë ; à l'autopsie, les poumons furent trouvés parfaitement sains.

Obs. II. Perrine J***, âgée de 28 ans, avait perdu successivement sa mère, ses frères, et une sœur de la phthisie pulmonaire ; elle-même avait eu plusieurs hémoptysies, et toussait depuis cinq à six mois. La toux était fréquente, l'expectoration muqueuse, la menstruation régulière il y avait des sueurs la nuit. La poitrine résonnait partout très-bien ; le bruit respiratoire écouté était un peu moins distinct vers le sommet du poumon droit, où la voix avait une résonnance particulière ; le cœur était dans l'état naturel.

Toutes les apparences de force et de santé éloignaient l'idée de phthisie pulmonaire, malgré les antécédens précités et les crachemens de sang éprouvés autrefois par la malade, qui dépendaient probablement d'une déviation menstruelle. En conséquence, elle fut soumise aux aspirations d'eau chlorée à 10 gouttes, quatre fois le jour, qu'elle continua à 25 et 30 gouttes jusqu'au 20 novembre, qu'elle fut obligée de les suspendre. Elle les reprit vers la fin du mois, à 10 ou 15 gouttes qu'elle ne dépassa plus. Le 23 décembre, l'embonpoint était entièrement revenu. Perrine J*** était guérie, et avait repris les occupations de son ménage.

Obs. III. Courteil, détenu, âgé de 30 ans, était atteint d'une bronchite chronique depuis plus de cinq mois, lorsqu'il entra le 16 avril 1831 à l'infirmerie. Il toussait fréquemment, expectorait des crachats visqueux, blanchâtres, très-abondans, était le plus souvent oppressé. L'auscultation médicale faisait reconnaître les signes ordinaires du catarrhe muqueux. Il commença les aspirations de chlore à dix gouttes le 18 avril ; il les augmenta progressivement jusqu'à 60, quatre fois le jour. L'expectoration et la toux diminuèrent peu-à-peu, et enfin il sortit le 12 mai complétement guéri.

Les fumigations de chlore se pratiquent au moyen d'un grand flacon à double tubulure (flacon de Woulf). L'orifice supérieur est fermé hermétiquement par un bouchon de liége qui livre passage à un tube perpendiculaire de verre, qui doit plonger dans le liquide sans arriver au fond du vase, et dépasser le bouchon en dehors d'environ deux ou trois pouces. L'une des tubulures est fermée à l'émeri par un bouchon de cristal : c'est par là qu'on introduit de l'eau chaude à 32 degrés, jusqu'à un pouce et demi environ au-dessus du tube de verre ; cette ouverture sert également à verser goutte à goutte le chlore dans l'eau. La dose de cette substance est de dix, quinze, vingt, et jusqu'à trente gouttes par fumigation, qui se répètent deux, trois, et même quatre fois par jour, et se continuent pendant cinq à six minutes ; l'autre tubulure est munie d'un long tube de verre qui y est fortement assujetti à l'aide d'un bouchon troué. C'est l'extrémité de ce tube qui est aplatie, qui est placée dans la bouche du malade. Lorsque l'appareil est monté, celui-ci aspire longuement par le tube, et fait parvenir dans les poumons l'air atmosphérique qui se charge de chlore en traversant le liquide. La bouche ne doit point quitter le tube pour l'expiration qui doit se faire par le nez.

Ce moyen est, nous le croyons, propre à rendre quelques services dans ces catarrhes chroniques, rebelles à tous les traitemens ; aussi n'avons-nous pas hésité à en entretenir nos lecteurs. A.

—

De l'emploi de l'ammoniaque pour combattre les rapports acides qui ont lieu pendant la digestion.

On sait que l'ammoniaque a été mis en usage en médecine dans un grand nombre de cas et notamment pour combattre la tympanite ; j'ai été à même tout récemment de faire usage sur moi-même de ce médicament pour combattre les aigreurs qui surviennent à la suite d'une mauvaise digestion. Il résulte d'observations fréquemment répétées que, chaque fois que je voyage, le changement de nourriture, et peut-être aussi d'autres causes, telles que le mouvement de la voiture, etc., détermine chez moi un état maladif de l'estomac qui se manifeste par de la pesanteur, par des rapports acides qui sont très-fatigans, mais qui cessent par l'usage de la magnésie calcinée délayée dans un liquide quelconque, ou bien encore par les pastilles de bicarbonate de soude prises à assez haute dose.

Ayant dernièrement fait un voyage, je n'avais pendant toute la route ressenti aucune incommodité lorsque tout à coup ces aigreurs se déclarèrent dans la nuit avec une intensité inaccoutumée ; ne voulant pas déranger les personnes chez lesquelles j'étais, je fis usage de l'eau qui m'avait quelquefois réussi ; mais ce liquide ne produisant aucun effet, j'eus alors recours à de l'ammoniaque que j'avais parmi quelques réactifs ; je préparai un verre d'eau sucrée dans lequel je mis cinq gouttes de cet alcali, je le bus et je fut soulagé ; un second verre avec deux gouttes seulement, fit cesser tout-à-fait les aigreurs. Quelques jours après ayant éprouvé la même indisposition, je fis usage de l'ammoniaque avec le même succès.

Je pensais que cet alcali n'avait pas encore été employé dans cette circonstance ; mais des recherches que je fis dans un grand nombre d'ouvrages qui contiennent des documens sur la thérapeutique me firent découvrir des résultats absolument semblables aux miens, publiés par M. Janin. Son observation démontre aussi l'efficacité de l'ammoniaque, et fait voir que les médications les plus simples sont souvent peu connues ou oubliées.

Depuis quelques années, dit M. Janin, mon estomac était sujet à de mauvaises digestions, et, quoique j'évitasse avec soin de manger le soir trop tard, il m'arrivait assez souvent d'être éveillé pendant la nuit par de vives douleurs d'estomac et d'entrailles, accompagnées de borborigmes, de fla-

tuosités et de naussées *d'une acidité corrosive*, je me bornai long-temps à n'opposer à cette affection que des boissons aqueuses très-abondantes, mais ce moyen se trouvant insuffisant pour apaiser le vomissement et les douleurs atroces que j'éprouvais, j'imaginai d'essayer à neutraliser l'acessence des sucs digestifs par le moyen de l'alcali volatil : j'en mis quelques gouttes dans un verre d'eau : aussitôt que j'eus commencé à en boire, je sentis très-distinctement ses bons effets, par la cessation des accidens et la diminution successive de la douleur qui en peu d'instans se dissipa tout-à-fait. J'ai renouvelé cette expérience nombre de fois et j'en ai constamment obtenu les mêmes résultats. Je me suis assuré qu'on pouvait réduire de beaucoup la quantité d'ammoniaque et qu'il suffisait souvent de ne l'employer qu'à la dose d'une seule goutte dans cinq à six onces d'eau à prendre par cuillerées ; lorsque les aigreurs ne sont pas très-fortes trois ou quatre cuillerées suffisent pour les faire promptement cesser.

M. Janin pense que l'eau de chaux, la magnésie, les dissolutions faibles de soude et de potasse, ne peuvent suppléer à l'alcali volatil dont l'extrême volatilité ajoute peut-être au mode d'action.

Nous avons répété depuis peu l'usage de l'ammoniaque chez plusieurs personnes et nous avons obtenu constamment dans les cas d'aigreurs un prompt soulagement, j'ai modifié la préparation à laquelle j'avais recours dans le principe ; voici celle que j'emploie et que je conseille d'employer maintenant :

Eau distillée.	5 onces.
Eau distillée de Menthe.	4 gros.
Ammoniaque.	3 gouttes.

Cette dose est prise en une ou deux fois.

A. Chevallier.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

considérations thérapeutiques sur le rétrécissement de l'intestin rectum.

Il ne faut pas confondre le resserrement, soit congénital, soit accidentel de l'anus, avec le rétrécissement de l'intestin rectum ; le premier est toujours guérissable à l'aide du bistouri ; le second constitue une maladie fâcheuse, toujours difficile à guérir, souvent même mortelle.

L'intestin rectum peut être rétréci à des hauteurs différentes, sur un ou plusieurs points à la fois, et à des degrés plus ou moins considérable. Tous ces rétrécissemens peuvent différer essentiellement entre eux par leur nature ou par leur cause. Des inflammations de la muqueuse rectale ou des rectites, des abcès, des ulcérations cicatrisées formant des brides, des excroissances syphilitiques intra-rectales, les boursouflemens lardacés ou les dégénérescences cancéreuses de l'organe défécateur, telles sont les causes prochaines les plus ordinaires de cette maladie. Mais c'est surtout à la péderastie, qu'il faut s'en prendre le plus ordinairement comme étant la cause provocatrice du rétrécissement du rectum. L'on conçoit, en effet, qu'il suffit de cette seule co-habitation contre-nature pour produire, même dans l'état sain des individus, des rectites chroniques et des épaississemens locaux de la muqueuse : cette honteuse habitude explique jusqu'à un certain point pourquoi le rétrécissement du rectum existe ordinairement à la hauteur de trois à quatre pouces environ de l'anus. Une chose digne de remarque, c'est que le rétrécissement du rectum se rencontre beaucoup plus rarement dans les pays chauds que dans les pays du nord : ceci tient, je présume, à la prédisposition très-grande qu'ont en général les membranes muqueuses de s'enflammer chroniquement dans les climats froids et humides, et de dégénérer ensuite. En général, il ne faut pas se fier aux renseignemens des malades sur l'existence des causes que nous venons de signaler ; ils nient et doivent nier de pareilles turpitudes.

Les Anglais admettent un rétrécissement du rectum par simple spasme des fibres musculaires de cet intestin. Aussi est-il de mode en Angleterre, dit M. Dupuytren, surtout pour les dames, de se mettre souvent une bougie courbe dans l'intestin rectum, afin de vaincre ce prétendu spasme musculaire et faciliter les garderobes. Mais cette maladie, décrite par quelques chirurgiens anglais, est plutôt imaginaire que réelle. La vie sédentaire de la plupart des dames, la faiblesse naturelle de leurs organes et de leurs muscles, les alimens dont plusieurs d'entre elles se nourrissent, expliquent assez bien, chez elles, la constipation habituelle qu'on prend quelquefois pour une maladie du rectum. Boyer racontait qu'une vieille dame de haut rang avait été opérée en ville comme étant attaquée d'un rétrécissement spasmodique à l'anus ; le sphincter avait été coupé à droite et à gauche, et des mèches très-volumineuses avaient été entretenues pendant long-temps dans ce canal ; cependant la malade n'était pas moins obligée de faire des efforts inouïs, même jusqu'à se trouver mal à chaque fois, pour expulser ses matières fécales. Boyer reconnut que cet état dépendait d'un relâchement très-considérable des parois du ventre et d'un état d'atonie du gros intestin. La forme des matières stercorales rendues doit, dans ces cas douteux, servir de règle pour éclairer le diagnostic.

Le rétrécissement du rectum, avons-nous dit, peut exister à des hauteurs et à des degrés différens. En voici un exemple fort remarquable : Une dame entra à l'hôpital de la Charité pour être traitée d'un rétrécissement du rectum. Des mèches lui furent introduites tous les jours. Une affection étrangère à son rétrécissement enleva en peu de jours cette malade. L'autopsie nous montra l'existence d'un double rétrécissement dans le rectum, l'un était à un pouce et demi de l'anus, l'autre à un pied et quelques pouces de cet orifice. Sur ces endroits rétrécis, la muqueuse était évidemment détruite ; on y voyait un épaississement très-considérable, circonscrit, lardacé, grisâtre : le rétrécissement supérieur permettait à peine le passage d'une plume à écrire.

Ce fait nous démontre, 1° qu'il y a des rétrécissemens tellement haut placés dans le rectum, qu'il est impossible de les atteindre par nos moyens ordinaires, et qui sont par conséquent incurables ; 2° que l'existence d'un rétrécissement, même médiocre et facile à vaincre, qu'on sent à la portée du doigt dans cet intestin, n'assure pas toujours le chirurgien d'une guérison certaine ; car on ne peut s'assurer

à priori de l'état de l'intestin au-dessus de la portée du doigt. Cette femme, en effet, qui semblait avoir une maladie légère d'après le toucher, serait inévitablement morte plus tard des progrès de son rétrécissement supérieur, qui était resté inaperçu pendant la vie.

Quatre femmes atteintes de rétrécissement au rectum étaient ces jours derniers couchées à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean. De ces quatre malades deux sont mortes des progrès de leur mal ou des complications qui se sont jointes à leur affection. Toutes présentaient, à un degré plus ou moins avancé, le ballonnement de ventre, des coliques, de la difficulté d'aller à la selle, des envies de vomir ou des vomissemens, et avec cela *incontinence ou sortie involontaire des matières fécales :* arrêtons-nous à ce dernier phénomène.

Il paraîtra peut-être étrange qu'un rétrécissement du rectum produise une *incontinence* plutôt qu'une rétention des matières fécales. Ce symptôme ne doit étonner personne, si l'on réfléchit que l'incontinence est ici une conséquence de la rétention outrée des matières; c'est ce que nous voyons aussi dans certains rétrécissemens de l'urèthre; une partie de l'urine sort involontairement quelque temps après que l'individu a fini d'uriner : elle sort par regorgement, comme on dit, et sans que la vessie se contracte. De même, la portion de matière stercorale la plus liquide, retenue derrière l'obstacle, s'écoule de temps en temps par l'ouverture béante et non-contractile du rétrécissement, sans que la volonté de l'individu puisse s'y opposer. Aussi ces malades sont-ils, quoiqu'on fasse, presque toujours salis.

L'autopsie du cadavre des deux femmes dont nous venons de parler a présenté un rétrécissement fort considérable du rectum, à la hauteur de trois à quatre pouces de l'anus. Dans tout le contour de ce rétrécissement, l'intestin, son tissu cellulaire environnant et le tissu cellulaire intermembraneux étaient fortement infiltrés, boursouflés, épaissis, endurcis; la muqueuse rectale était grisâtre et presque cartilagineuse, ulcérée dans quelque points, et couverte, parci, par-là, de petites végétations polypiformes. Des fistules existaient aussi dans cette partie; les unes allaient du rétrécissement aux grandes lèvres, les autres étaient borgnes internes. Rien n'est plus commun que les fistules stercorales par suite de rétrécissemens du rectum : la matière, retenue en effet, finit par ulcérer l'intestin, le percer et se frayer des routes extraordinaires. On serait dans l'erreur, si l'on croyait que ces fistules doivent être opérées : à quoi bon les opérer, si le cours des matières fécales n'est point rétabli par les voies naturelles.

Le traitement du rétrécissement du rectum semble si généralement connu de nos jours, qu'il serait peut-être peu intéressant de le rappeler ici, si nous n'avions pas de remarques nouvelles à présenter sur ce sujet.

L'on sait que, si le rétrécissement est de nature cancéreuse, on se borne simplement à l'usage des mèches dilatantes, afin de prolonger autant que possible les jours du malade : nous n'avons rien à ajouter à cet égard. Si le mal est de nature syphilitique, comme cela arrive le plus ordinairement, l'on a coutume de joindre un traitement général à l'usage des mèches dont nous venons de parler. Jettons un coup d'œil sur ces points de pratique.

Quelle que soit la nature du rétrécissement, le chirurgien doit d'abord s'attacher à reconnaître, autant que possible, par le toucher, le degré de resserrement, d'épaississement et de dureté de l'intestin; il appréciera aussi la hauteur et l'étendue du mal. La première mèche à appliquer sera proportionnée à ces circonstances. Cette mèche doit être le plus mince possible, et ne forcer aucunement les parties. Si le rétrécissement était trop considérable, que la mèche, même très-petite, ne pût le franchir, il ne faudrait pas s'obstiner à le faire; car toute violence, petite en apparence, pourrait, dans ces cas, exposer le malade à des accidens fâcheux. A l'Hôtel-Dieu on a pour pratique, dans ces circonstances, de porter la mèche jusqu'au rétrécissement, et de l'y arrêter sans chercher à le franchir de force. Il se fait un dégorgement des parties, par l'écoulement que la présence de la mèche excite, et le lendemain, ou les jours suivans, la voie se trouve assez large pour donner libre passage à la mèche; M. Dupuytren suit ici la même pratique qu'il avait adoptée pour les rétrécissemens de l'urèthre. Il appelle *dilatation vitale* celle qui est produite par le dégorgement des parties que la mèche occasione avant de franchir l'obstacle, et *dilatation mécanique* l'élargissement qui est produit par la compression que la mèché produit de dedans en dehors sur l'endroit rétréci.

Nous venons d'avancer que des accidens graves pourraient avoir lieu après l'introduction de la mèche, si l'on s'obstinait à franchir le rétrécissement, ou bien si l'on se servait de mèches trop volumineuses dans les commencemens. Voici sur quoi nous basons ces assertions. En 1820, une femme, âgée de quarante ans, de bonne constitution et bien portante, entra à l'hôpital de la Charité pour être traitée d'un rétrécissement au rectum. L'obstacle fut franchi *ex abrupto* par une mèche un peu grosse, la femme éprouva de la douleur, et bientôt il se développa une rectite intense, et une péritonite qui occasiona la mort le troisième jour. L'autopsie montra les restes d'une inflammation suraiguë du rectum, du péritoine et du tissu cellulaire du bassin. Une jeune personne de vingt-deux ans, fraîche et bien portante, avait un rétrécissement très-considérable du rectum; elle ne pouvait point aller à la selle depuis plusieurs jours; le chirurgien, voulant lui donner un lavement, passa de force une grosse sonde de gomme élastique à travers l'obstacle; les jours suivans, il se déclara des accidens généraux, enfin un abcès stercoral énorme à la fesse, et la malade mourut. L'autopsie montra l'intestin perforé par la violence de la sonde. L'introduction d'une mèche dans un rectum rétréci demande donc plus de savoir, d'expérience et de prudence qu'on ne le croit au premier abord.

Lorsque le rétrécissement est reconnu ou soupçonné de nature syphilitique, on prescrit généralement d'enduire la mèche d'onguent mercuriel. Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ont été obligés de renoncer à cette pratique commune : l'expérience leur ayant appris que la pommade mercurielle dans le rectum augmente les progrès du mal, à cause de l'irritation inflammatoire qu'elle produit sur la muqueuse. Aussi préfèrent-ils, pour enduire la mèche dilatante, le cérat simple ou tout autre onguent innocent.

Le traitement antisyphilitique général dans le cas dont nous parlons mérite encore l'attention du praticien. Voici des don-

nées thérapeutiques importantes qui nous paraissent dignes d'être connues :

Dans le rétrécissement du rectum de nature syphilitique, le traitement anti-vénérien par les pilules, ou par la liqueur de Van-Swieten, n'est guère convenable ; car ce mode d'administration du mercure produit constamment une action irritante sur le gros intestin, ainsi que cela se voit par les coliques, le dévoiement et les chaleurs rectales que les malades accusent : ces symptômes sont encore plus prononcés, lorsque le rectum se trouve déjà enflammé, irrité et rétréci. Quelle est la raison de ce phénomène ? c'est que le sublimé, ingéré dans l'estomac, n'est qu'en partie résorbé dans ce viscère, et qu'une autre partie passe, enveloppée des alimens, dans le tube intestinal ; le résidu de la digestion contient donc une partie plus ou moins grande du médicament qui séjourne avec les excrémens dans le gros intestin : de là résultent les irritations plus ou moins vives et les autres accidens que ce mode de traitement détermine dans le canal défécateur. Aussi M. Dupuytren préfère-t-il, dans ces cas, l'usage du mercure par frictions au mercure donné par la bouche (un demi-gros de pommade mercurielle par jour, en frictions sur les membres inférieurs) ;

Dans le cas dont nous parlons, il ne faut pas commencer par traiter l'affection locale avant d'avoir affaibli la cause générale, à moins d'urgence. Les mèches, en effet, ne guérissent pas le rétrécissement du rectum ; elles ne font qu'affaisser, pour ainsi dire, momentanément, le mal, sans détruire sa cause ; au contraire, elles augmentent ou réexcitent un élément prochain du rétrécissement, l'inflammation. Aussi à moins de nécessité urgente, M. Dupuytren n'emploie-t-il les mèches dans le rectum rétréci qu'après le quinzième ou le vingtième jour du traitement antisyphilitique général. Avant cette époque, les injections émollientes et relâchantes dans le rectum soit préférables à la mèche, surtout si la muqueuse rectale est trop sensible ;

On ne pourrait guère songer à traiter le rétrécissement du rectum par incision ; car comment inciserait-on impunément des parties si épaisses et si profondément placées ? Des épanchemens fâcheux de matière stercorale dans le tissu cellulaire du bassin seraient l'inévitable résultat de cette imprudente pratique.

Il n'en est pas de même de la cautérisation. Ce moyen pourrait peut-être convenir dans quelques cas de rétrécissement du rectum. La cautérisation pourrait modifier favorablement l'inflammation chronique de la muqueuse rectale ; elle formerait une escarrhe qui s'opposerait à toute infiltration de matière stercorale. Mais toute la difficulté que ce moyen présente consiste dans l'application pratique. Peut-être parviendra-t-on un jour à employer aussi heureusement la cautérisation dans les rétrécissemens du rectum qu'on l'emploie quelquefois aujourd'hui dans les rétrécissemens organiques de l'urèthre.

ROGNETTA.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Essais sur les feuilles du pêcher.

M. Gauthier de Saint-Savin et MM. Coste et Villeuret ayant annoncé dans divers ouvrages que les bourgeons du pêcher, et que les feuilles du même arbre fournissaient un sirop purgatif amer et contenaient de l'acide prussique, nous avons été curieux de répéter l'automne dernier le fait avancé par ces savans ; à cet effet, après avoir récolté une certaine quantité de feuilles de pêcher, nous les avons soumises à la distillation et nous avons reconnu que l'eau que l'on en obtenait avait une saveur particulière et une odeur d'amande amère ; qu'elle était acide et qu'elle précipitait, lorsqu'elle était convenablement traitée, les sels de fer, en donnant naissance à du bleu de Prusse. Cette eau ayant servi à la préparation d'un sirop, celui-ci fut essayé ; l'on reconnut qu'il n'était point purgatif, pris à la dose d'une once ; mais qu'il déterminait un mouvement d'irritation sur le système nerveux.

Le résidu de la distillation ayant été filtré on en fit un sirop avec la quantité de sucre nécessaire. Ce sirop avait une amertume prononcée ; pris à la dose d'une once il détermina deux évacuations.

On voit par ces essais qu'on pourrait tirer des feuilles de pêcher une eau distillée, et un sirop jouissant de quelques propriétés ; il faudrait que ces propriétés fussent étudiées par les thérapeutistes dans le but de préciser le parti qu'on peut en attendre.

A. C.

Digitaline. — M. Rullier a remis à l'Académie de Médecine un petit pot qui lui avait été envoyé par M. Lancelot, pharmacien à Châtillon-sur-Indre, et qui était tapissé d'une cristallisation blanche de digitaline. Cette matière a été renvoyée à l'examen de MM. Orfila, Soubeiran et Rullier. M. Lancelot n'a pas fait connaître encore le procédé par lequel la digitaline peut être obtenue. Il annonce que cette matière appartient à la classe des alcalis végétaux. Elle est blanche et inodore ; sa saveur, d'abord nulle, se développe lentement et devient très-âcre. La digitaline est très-soluble dans l'eau.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Marteau à moxa. — Ce n'est pas peu de chose en chirurgie que d'éloigner des malades tout appareil effrayant. Combien d'entre eux s'opposent à l'application des moxas par la seule idée de la flamme qui va brûler leur peau et du soufflet qui doit l'exciter. Cependant l'indication est urgente, il faut agir. Voici un moyen auquel dans ces cas le médecin pourra recourir avec avantage ; il est prompt, efficace et nullement dangereux, puisque depuis plusieurs années M. Breschet

n'en emploie pas d'autre dans ses salles à l'Hôtel-Dieu pour appliquer les moxas.

Un marteau de fer ayant une tête égale des deux côtés, d'un diamètre de six à huit lignes, et un manche de bois, est placé pendant une minute ou deux dans un vase contenant de l'eau bouillante; lorsqu'il s'est pénétré de cette forte chaleur, le chirurgien applique l'un des disques du marteau sur la partie où il veut faire le moxa, et ne le laisse que quelques secondes; puis il y fait à l'instant même une seconde et une troisième application suivant qu'il veut obtenir une escarrhe plus ou moins profonde. Trois applications suffisent en général pour avoir un moxa ordinaire. On peut cependant en faire une quatrième.

Nous avons vu, au n° 29 de la salle Saint-Côme, à l'Hôtel-Dieu, une polisseuse atteinte de coxalgie, chez laquelle on a appliqué, dans l'espace de six mois, douze moxas de cette manière; ils ont aussi bien réussi chez tous les autres malades qui avaient été précédemment traités par M. Breschet.

Il n'y a que la première application du marteau qui soit douloureuse, les autres le sont à peine.

L'action révulsive de ces moxas est à peu de chose près aussi énergique que celle des autres. Ils ont cet avantage, c'est que les escarrhes se séparent plus vite; leur suppuration est plus prompte et se prolonge aussi long-temps qu'avec les autres moxas. Il y a cependant cette remarque importante à faire, c'est que pour avoir une plaie d'une grandeur donnée, il faut employer un marteau d'un diamètre qui lui soit un peu inférieur.

Nous rappellerons que le marteau chauffé est un excellent moyen de produire un vésicatoire instantané, propre à l'introduction des médicamens par la méthode endermique. Il suffit de toucher la partie avec l'instrument pour que la cloche soit formée, ou, si elle ne l'est pas, pour qu'on puisse enlever l'épiderme par le frottement avec un linge fin.

Ce procédé est surtout commode pour les médecins de campagne qui n'ont pas toujours sous la main les substances propres à appliquer les moxas, ou de l'ammoniaque pour enlever l'épiderme.

N° DU 30.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la compression dans les érysipèles phlegmoneux, et en général dans toute inflammation aiguë du tissu cellulaire cutané des membres.

Le pus est dans les tables de mortalité de la chirurgie une cause de mort bien fréquente. Quels désordres ne produit il pas? Il fuse à travers les parties; il les isole et les dissèque comme un scalpel; il les désorganise comme un acide, et après avoir épuisé l'individu par la sécrétion locale, il l'empoisonne par sa résorption. Empêcher la formation du pus, la circonscrire lorsqu'on ne saurait l'empêcher, en faciliter l'expulsion, est donc une des plus importantes indications de la chirurgie.

On conçoit sans peine la conduite de ceux qui, les premiers, imaginèrent de favoriser l'écoulement du pus par la compression méthodiquement exercée. Mais il a fallu, certes, une certaine hardiesse d'esprit et une inspiration heureuse pour essayer de comprimer une surface tuméfiée, rouge, sensible, en pleine inflammation!

Theden chirurgien allemand, le premier qui ait tenté cet essai, reconnut véritablement l'efficacité de la compression dans toute son étendue; aussi en parle-t-il en maître. Mais ce moyen parut probablement si étrange, qu'après Theden, une infinité de chirurgiens suivirent les conseils qu'il avait donnés par rapport à l'emploi de la compression dans le traitement des vieux ulcères et des engorgemens œdémateux; mais personne ne s'avisa d'essayer le même moyen dans les franches inflammations, ni même d'en tenter l'emploi comme une simple opinion de Theden. Aussi cette opinion parut-elle une nouveauté hardie lorsqu'en 1815 M. Bretonneau la reproduisit dans sa thèse sur l'emploi de la compression dans le traitement des érysipèles phlegmoneux, et la tradition dit même que M. Bretonneau fut assez mal reçu par les professeurs chargés de l'examiner.

En 1826, M. Velpeau reproduisit l'idée de M. Bretonneau, appuyée cette fois de nombreuses observations, et prouva que l'on pouvait obtenir les meilleurs effets de l'emploi de la compression:

1° Dans les inflammations aiguës des membres, avec ou sans ulcérations superficielles ou profondes;

2° Dans les engorgemens érysipélateux et œdémateux;

3° Dans les phlegmons, suite de la saignée, ou bien des grandes opérations chirurgicales;

4° Dans les brûlures du premier et du deuxième degré.

On trouvera quelque mérite à M. Velpeau d'avoir osé tenter et publier à cette époque les effets d'un pareil moyen, si l'on se rappelle que nous étions au plus fort *de l'épidémie antiphlogistique*, alors qu'une vaste application de sangsues était la seule médication employée sur une surface vivement enflammée.

Depuis, d'illustres témoignages ont confirmé les premiers travaux de M. Velpeau; l'on a appris que MM. Roux et Dupuytren avaient aussi employé la compression avec succès; et M. Velpeau a publié ou fait publier par ses élèves d'autres résultats confirmatifs des premiers. De sorte qu'aujourd'hui la compression dans le traitement des inflammations aiguës du tissu cellulaire est un des moyens dont l'efficacité est généralement reconnue: je ne ferai qu'apporter une voix de plus en sa faveur.

Depuis cinq mois que je recueille des observations dans les salles confiées à M. Velpeau, j'ai été frappé d'abord que sur un nombre assez considérable d'érysipèles avec ou sans plaie, je n'aie pas eu une seule fois l'occasion de voir un de ces vastes phlegmons que produit le décollement des muscles, la destruction de la peau et la mort! La rareté de ce grave accident n'a pu être attribuée par moi qu'à l'emploi que M. Velpeau fait de la compression dans le cas où cet accident est à redouter.

Pour éviter de multiplier les faits particuliers, je rangerai en trois groupes les cas où la compression a été employée: 1° les érysipèles développés spontanément sans plaie; 2° les érysipèles œdémateux; 3° les érysipèles suite de plaies

accidentelles ; 4° les érysipèles compliquant les grandes opérations chirurgicales.

Obs. Ire. Victoire Dorein, marchande des rues, âgée de vingt-trois ans, éprouva dans la nuit de vives démangeaisons à la jambe droite, et en même temps quelques frissons et un peu de soif. Au réveil, sa jambe était déjà rouge et tuméfiée.

Voici quel était l'état de la malade à son entrée à la Pitié, le 10 février : rougeur des trois quarts inférieurs de la jambe ; cette rougeur est d'un vermillon vif. La peau qui en est le siége est lisse, plus élevée, et cette élévation est remarquable sur les confins de la rougeur, qui sont très-irréguliers. La pression est douloureuse et fait disparaître la rougeur. Cette jambe, en totalité, parait être augmentée de volume. La malade y éprouve des démangeaisons. Point de sommeil, céphalalgie, pas de frissons ni de nausées, langue grise, pâle, humide, un peu de soif, pouls à 84.

Application d'un bandage roulé, compressif, après avoir garni de compresses graduées et de charpie le pourtour des malléoles.

Dès le lendemain 12, disparition complète des deux tiers de la rougeur ; le tiers restant est plus pâle ; l'empiétement et sa tension sont beaucoup moindres. La malade a mieux dormi ; le pouls est à 64. Le bandage resta appliqué encore deux jours sans être relevé. Et le 16 février, la malade sortit entièrement guérie.

Ainsi voilà un érysipèle bien caractérisé, accompagné à son début de symptômes généraux se développant sans cause appréciable et qui disparait par l'emploi de la compression, presque du jour au lendemain.

Obs. II. Marie Erard, âgée de trente-cinq ans, était entrée le 2 avril à la Pitié. La veille, elle était entrée, pour la première fois, comme ouvrière, dans une carderie de soie, et avait eu la maladresse d'engager son bras dans une carde. Elle fut aussitôt apportée à l'hôpital, et voici dans quel état était son bras : depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'épaule, la peau était couverte d'une infinité de petites scarifications étoilées, distantes les unes des autres à peine de quelques lignes et peu profondes. Au côté externe du coude, existait une perte de substance plus considérable, de la largeur d'une pièce de 5 fr. En ce point les chairs étaient broyées et mâchées. Néanmoins, cette perte de substance n'était pas très-profonde, et surtout elle ne paraissait point pénétrer jusqu'à l'articulation.

Sur la partie externe du moignon de l'épaule, étaient dix ou douze lignes menées parallèlement dans sa longueur de près de quatre pouces, côte à côte et tout-à-fait semblables aux scarifications faites avec un scalpel. En somme, tout ce bras paraissait avoir été soumis à une vaste application de ventouses, soit par mouchetures, soit par incision.

Il y avait à peine deux heures que l'accident était arrivé, et déjà le gonflement était considérable. La malade était dans une axiété extrême ; les moindres attouchemens lui arrachaient des cris.

Léger pansement avec un linge fin et de la charpie, et application d'un bandage compressif sur toute l'étendue du membre. Ce bandage, pendant tout le jour, est imbibé avec de l'eau froide.

Aussitôt après son application la douleur fut diminuée. Il n'y eut aucune réaction. Le pouls, le soir, marquait 72, la malade put très-bien sommeiller.

Le bandage ne fut levé que le quatrième jour après son application. Il y avait alors à peine du gonflement. Les petites mouchetures étaient cicatrisées, les incisions longitudinales recouvertes d'une légère exudation grisâtre, et la plaie du coude suppurait.

Le bandage compressif fut encore continué six jours ; tout accident de gonflement ou d'empâtement disparut, et, aujourd'hui, 25 mai, la malade est à la veille de sortir de l'hôpital. Son séjour ne s'y est prolongé qu'à cause de la plaie du coude, dont le fond était véritablement broyé et mâché par les dents de la carde.

N'était-ce pas le cas de redouter une violente inflammation phlegmoneuse. Quelle cause plus favorable à son développement que ce bras ainsi meurtri et déchiqueté, et n'est-ce pas la compression qui à prévenu ce redoutable accident ? Le temps que la plaie du coude met à se cicatriser, atteste encore combien cette plaie devait être une puissante cause d'irritation.

Dans le traitement des maladies, une des grandes difficultés pour apprécier les effets d'un médicament est sans contredit l'intervalle qui sépare d'ordinaire l'administration du remède d'avec l'effet qu'il produit et que l'on attribue à son action. Que de choses ont pu se passer dans cet intervalle qui échappent à notre observation et qui sont hors de la portée de notre raisonnement ! Ainsi, comme le fait observer M. Velpeau, dans le traitement de l'érysipèle, qu'un chirurgien très-confiant applique des sangsues, si son malade est guéri au bout de six ou huit jours, il restera convaincu de l'utilité du traitement employé ; qu'un autre soit partisan des évacuans ou des dérivatifs, il administrera l'émétique, et s'il ne survient point d'accident il se croira en droit de tirer la même conclusion que le précédent. Mais dans le fait qui pourrait assurer que la terminaison heureuse du mal est un résultat de la médication mise en usage ? Qui n'a vu cent fois cette phlegmasie se dissiper spontanément dans le même laps de temps. Mais au contraire ces remarques ne sont aucunement applicables à la compression, dont l'effet est pour ainsi dire constaté du jour au lendemain, peut être suivi au doigt et à l'œil ; et dont le succès pour ainsi dire peut être soumis à l'épreuve et à la contre-épreuve, puis qu'en cessant trop tôt la compression on peut presque à volonté reproduire les accidens inflammatoires, tandis qu'en la continuant un temps convenable on obtient une résolution complète de l'inflammation. Je pourrais multiplier les faits, je pourrais montrer la compression arrêtant les engorgemens phlegmoneux qui succèdent aux amputations des membres ou du sein, ou bien les circonscrivant lorsqu'elle ne peut les arrêter complétement. Mais je me conformerais mal à l'esprit de ce journal, qui signale les bons effets des agens thérapeutiques, sans produire les procès-verbaux minutieux des observations.

Mais la compression n'est pas un moyen qui puisse être employé au hasard, et dont l'emploi doive être abandonné à des mains inexpérimentées ; loin d'être utile, la compression serait alors nuisible et augmenterait les accidens inflammatoires ; il faut de l'habitude, une certaine dextérité et souvent de grandes précautions pour pouvoir compter sur son

efficacité ; il faut savoir le modifier suivant la forme des parties, l'intensité de la douleur, de l'inflammation, du degré de gonflement; savoir varier à propos les degrés de la contriction, tantôt en un point, tantôt dans un autre ; comprimer quelquefois le membre d'une extrémité vers sa racine, d'autres fois dans un sens contraire, ou des deux extrémités vers sa partie moyenne. Enfin la pression doit être régulière partout, exacte et bien graduée. Elle doit commencer autant que possible au-dessus du point enflammé et ne se terminer qu'assez loin au-dessus, le bandage doit être réappliqué dès qu'il se déplace; il faut surveiller avec le plus grand soin les environs du coude, du poignet et de la main aux membres thoraciques, des mollets et du genou pour les membres pelviens.

Surtout, l'usage de la compression ne doit pas être discontinué avant la résolution complète de l'inflammation, sous peine de la voir se reproduire avec plus de force et de réaction.

Lorsque, malgré la compression, il s'établit un point de suppuration bien circonscrit, ce point peut être recouvert d'un cataplasme émollient, sans que l'on soit obligé de cesser la compression des parties environnantes.

Il est quelquefois utile d'aider l'action de la compression par l'emploi de quelque autre moyen.

Aussi chez les sujets forts et dans les inflammations très-étendues ou très-profondes, une ou deux saignées sont avantageuses.

L'appareil contentif une fois appliqué on doit le tenir constamment arrosé avec l'eau froide, ou bien avec l'eau mélangée avec l'eau-de-vie ou quelque autre liqueur résolutive, si la douleur n'est pas très-vive, et si le gonflement est considérable ; ou bien avec une décoction émolliente laudanisée, lorsque les souffrances sont aiguës et que la suppuration est à redouter.

La compression se pratique avec des bandes de linge ordinaire, larges de quinze à dix-huit lignes, souples, fines, mais résistantes; on se sert pour remplissage de compresses graduées et de charpie.

Il est peu nécessaire de lever chaque jour le bandage compressif lorsqu'il est une fois appliqué.

Non-seulement la compression n'augmente pas la douleur locale des parties enflammées, mais les malades en sont instantanément soulagés. Plusieurs qui ne dormaient pas depuis plusieurs nuits, ont pu sommeiller paisiblement la nuit d'après l'application du bandage compressif.

Quant aux accidens généraux nous pouvons dire que nous avons toujours vu le mouvement fébrile diminuer en proportion de l'inflammation locale. « *On se souvient trop peu que ce sont les petits soins qui évitent de grands maux.* » (*Theden, de l'emploi de la compression.*)

Z.

Note sur une nouvelle pince hémostatique pour l'opération de la taille périnéale.

L'on n'ignore pas les malheureuses conséquences qu'ont trop souvent dans la taille périnéale des hémorrhagies provenant du fond de la plaie. L'on sait que les efforts des plus grands chirurgiens sont quelquefois infructueux contre ces accidens qui entraînent la perte de plusieurs malades fort bien opérés d'ailleurs. La main la plus habile, la plus exercée, peut dans cette opération blesser en opérant un des vaisseaux, susceptibles de donner abondamment du sang ; car il n'est point d'artères plus variables dans leur position, dans leurs anostomoses que les artères périnéales.

Différens moyens ont été proposés contre ces hémorrhagies; ce sont d'une part la ligature et la cautérisation qui dans la plupart des cas sont inapplicables ; de l'autre, les moyens compressifs, plus ou moins énergiques dans la plaie; mais ils ont des inconvéniens sérieux, et ne doivent être employés qu'avec intelligence et réserve. Ceux de ces derniers moyens qui sont restés dans la pratique des lithotomistes modernes, sont : la canule enveloppée de charpie, à l'aide de laquelle on tamponne la plaie du périnée, le tamponnement à la Petit, de dedans en dehors dans la plaie. Ces deux méthodes sont le plus souvent ou inefficaces, ou nuisibles ; inefficaces, si l'on ne tamponne pas assez fortement la plaie; nuisibles, si on la rembourre assez pour arrêter tout écoulement : dans ce cas, en effet, l'irritation très-vive de la plaie, la compression douloureuse du col de la vessie et des autres parties récemment coupées, la difficulté de l'écoulement des urines par la plaie tamponnée, réveillent souvent des accidens nerveux et inflammatoires assez inquiétans pour obliger le chirurgien à ôter l'appareil, et arracher le malade à des accidens peut-être plus graves que l'hémorrhagie elle-même. La pratique de la cistotomie périnéale présentait donc sur ce point une lacune importante que M. Dupuytren vient peut-être de remplir à l'aide de sa nouvelle *pince hémostatique*. Cet instrument nous paraît devoir être aussi efficace qu'il est simple et ingénieux. Voici en quoi il consiste :

Imaginez une pince ordinaire à dissection, faite de manière que ses deux branches soient situées parallèlement l'une à l'autre, au lieu d'être disposées en V ; faites, en outre, que ces deux branches, au lieu de se terminer en pointe comme les pinces à disséquer, soient aussi larges à leur extrémité qu'à leur talon et que l'élasticité de branches soit telle qu'elles tendent à s'éloigner avec force quand elles sont rapprochées par la pression des doigts : telle est la pince hémostatique qui, pour la forme, ressemble assez bien à une pincette de cheminée, en miniature, dont le talon au point de jonction des branches est très-fort. Pour terminer la description de cette pince, j'ajouterai que chacune des deux branches est doublée d'une chemise d'amadou. Examinons maintenant quelle est son application :

Quel que soit le point d'où l'hémorrhagie tire sa source, l'on applique la pince hémostatique de la même manière. Supposons que le sang vienne du bulbe de l'urètre, d'une des artères honteuses, ou bien de l'artère transverse du périnée ; n'importe. Il n'y a pas autre chose à faire qu'à bien nettoyer la plaie, constater le point d'où le sang provient, et à mettre dans le fond de la plaie la pince, en rapprochant avec les doigts les deux branches ; après avoir eu soin de placer le plat de l'extrémité de l'une de celles-ci sur le point d'où sort le sang, vous abandonnerez l'instrument avec précaution. La pince en s'ouvrant comprime l'hémorrhagie par une des branches, tandis que l'autre prend son point d'appui sur

le côté opposé à celui de l'artère blessée. Ainsi donc, si l'artère comprimée est en avant et en haut de la plaie, une branche de la pince comprime au-dessous de l'arcade du pubis, et l'autre sur le rectum; si elle est dans un des points latéraux, les deux branches compriment dans une direction opposée à la précédente. Il est à peine nécessaire d'ajouter que la présence de cet instrument ne s'oppose nullement au libre écoulement des urines par la plaie.

Telle est la pince hémostatique nouvelle de M. Dupuytren : c'est à l'expérience à confirmer ou à infirmer l'efficacité que la raison semble lui promettre. R.

ACCOUCHEMENS.

—

Comment faut-il terminer l'accouchement, lorsqu'un bras de l'enfant se présente ou est déjà sorti? Par M. le Professeur CAPURON.

La présentation du bras est une complication du travail de l'accouchement qui peut devenir un des cas les plus difficiles de la pratique, et les plus dangereux pour la mère et pour l'enfant. Pas un homme de l'art qui n'en ait fait l'objet de ses profondes méditations, et n'en ait senti toute la gravité. On se rappelle encore les contestations qu'elle a excitées naguère au sein de l'Académie. On n'ignore pas non plus les nombreux moyens proposés dans les siècles passés, afin de secourir la nature, le plus souvent impuissante alors, pour terminer l'accouchement d'une manière favorable. Parmi ces moyens, les uns attestaient la plus complète ignorance du mécanisme de cette fonction, les autres étaient évidemment contraires à l'humanité. On conseille de nos jours d'aller chercher les pieds pour les amener à la vulve, et ce procédé est généralement adopté. Mais combien de fois l'expérience n'a-t-elle pas malheureusement prouvé qu'il ne pouvait être exécuté sans nuire à la mère et à l'enfant, même sans les faire périr tous les deux !

Le sujet qui nous occupe, quoique longtemps débattu, n'est donc pas épuisé ; il présente encore des lacunes, et laisse à désirer dans certaines circonstances le moyen de terminer l'accouchement d'une manière prompte et avantageuse. Frappé des funestes catastrophes dont j'ai été témoin alors, j'ai long-temps réfléchi sur la manière d'en prévenir la récidive, et, malgré ma vétérance dans la pratique et l'enseignement, je n'ai point la prétention d'avoir résolu cet important problème. Mon dessein est seulement de proposer ici quelques précautions qui me semblent propres à rendre la manœuvre, qu'exige l'accouchement où le bras de l'enfant est sorti, plus facile, plus rationnelle, moins dangereuse et par conséquent plus conforme aux lois de la thérapeutique générale. Au reste c'est une opinion que je soumets au jugement des praticiens et sur laquelle je réclame leurs lumières. Pour mieux développer ma pensée, je crois qu'il est nécessaire d'exposer le tableau des nuances que peut offrir le cas de pathologie obstétricale dont il s'agit.

Le bras de l'enfant peut se présenter à l'orifice de l'utérus, même s'y engager avant la rupture des membranes, ou après l'écoulement des eaux de l'amnios.

Dans le premier cas, si l'orifice utérin n'est pas assez dilaté ou assez dilatable pour permettre à la main d'aller chercher les pieds et de retourner l'enfant, la prudence commande d'attendre que la suite du travail ait amené les choses à ce point ou qu'elle ait bien préparé les voies. En attendant, il est possible que le fœtus plus ou moins mobile encore dans l'eau de l'amnios, change de position, et qu'au lieu de l'épaule ou du bras, il finisse par présenter la tête. Ce changement, facile à concevoir, n'est pas sans exemple, s'il faut s'en rapporter à quelques auteurs. Mais si le bras continue de se présenter lorsque l'orifice de l'utérus est complétement ouvert, on s'empresse alors de rompre les membranes, et on n'éprouve, dans la terminaison de l'accouchement, aucune difficulté de la part du membre qui s'engage ou qui sort, pourvu que le bassin de la mère soit bien conformé, et que le volume de l'enfant ne soit pas disproportionné à la largeur de ce canal.

Dans le second cas, les membranes sont déchirées, et le bras de l'enfant est dans le vagin ou hors de la vulve. Ici plusieurs circonstances différentes peuvent se présenter. L'accoucheur peut-être appelé aussitôt après l'écoulement des eaux, lorsque l'orifice utérin est souple et complétement dilaté ; ou bien lorsqu'il est encore resserré ou contracté sur le bras déjà sorti, et le corps de l'utérus moulé sur celui de l'enfant ; ou bien lorsque, soit par de longues et violentes contractions, soit par des manœuvres intempestives et fréquemment réitérées, les organes internes et externes de la génération, ainsi que leurs annexes et le péritoine, ont passé à l'état d'inflammation aiguë ; ou bien lorsque la gangrène en est imminente ou déclarée, qu'il y a même un commencement d'évolution spontanée de l'enfant ; enfin que la femme est aux abois et prête à rendre le dernier soupir.

Dans la première de ces circonstances, la terminaison de l'accouchement n'offre aucune difficulté. On ne doit s'occuper alors du bras déjà sorti, que pour y attacher un lac, sur lequel on tire en même temps que sur les pieds, pour maintenir le parallélisme de ce bras avec le tronc de l'enfant, et pour l'empêcher de se replier contre les parois du bassin, pendant qu'on termine l'accouchement.

Dans la seconde circonstance, ne serait-ce pas une témérité, une absurdité de tenter sans délai la version de l'enfant ? On ne pourrait alors en venir à bout qu'en surmontant la résistance de l'orifice utérin resserré sur le bras sorti, et celle du corps de l'utérus contracté, moulé sur l'enfant : ce qui serait, sinon impossible, du moins très-difficile et très-dangereux ; on s'exposerait à contondre, à délabrer les organes de la génération, à déchirer les connexions du vagin et de l'utérus avec la vessie et le rectum, à produire la plus épouvantable métro-péritonite, enfin à compromettre la vie de deux individus qui ne réclament les ressources de l'art que pour en être secourus et sauvés.

Quelle doit donc être ici la conduite de l'accoucheur ? La théorie et la pratique lui conseillent d'attendre l'ultérieure et convenable dilatation du col ainsi que le relâchement du corps de l'utérus, avant de mettre la main à l'œu-

vre. Mais en attendant il faut recourir aux moyens les plus prompts et les plus efficaces pour obtenir cette condition préliminaire. Alphonse Leroi regardait alors la saignée comme l'ancre de salut de la femme, et j'adopterais volontiers cette médication en y joignant l'usage des bains émolliens. Mais je ne voudrais pas qu'on se contentât d'une seule saignée ni d'un seul bain, comme on le fait le plus communément. Je crois que pour mieux réussir il faudrait répéter et porter l'émission sanguine jusqu'à la syncope. Quand la femme aurait été affaiblie au point de commencer à perdre connaissance dans le bain, on l'en retirerait avec beaucoup de précaution, et on la placerait en travers sur un lit préparé d'avance, pour la débarrasser plus commodément. L'introduction de la main et la version de l'enfant ne présenteraient plus alors de difficulté, parce qu'on aurait obtenu la souplesse et le relâchement des organes génitaux. On donnerait ensuite à la mère tous les soins que son état réclamerait, et on lui rendrait peu à peu les forces qu'on lui aurait ôtées.

On ne manquerait certainement pas d'analogies pour justifier cette manière de terminer l'accouchement après la sortie prématurée du bras de l'enfant dans la circonstance que nous supposons. Mais une seule suffit. La femme dont l'utérus se resserre et se moule sur le corps et le bras du fœtus, peut être comparée à un malade atteint d'une violente péripneumonie. De part et d'autre le danger est très-pressant; mais, dans le premier cas, il s'agit de sauver deux individus, au lieu que dans le second il n'y en a qu'un seul qui réclame les secours de l'art. Il faut donc promptement, dans les deux cas, arrêter le progrès du mal. Or que fait le médecin pour combattre la péripneumonie? Il réitère la saignée une, deux, trois, quatre fois, même davantage, dans les premiers jours, si cela est nécessaire, et que les forces du malade le permettent. Par ce moyen il dompte ou jugule, s'il est permis de parler ainsi, la maladie, et il ne perd que peu d'individus. Le professeur Bouillaud, dans sa clinique, n'en a perdu qu'un sur dix-huit dans le mois d'avril dernier; résultat extraordinaire, prodigieux, dont je puis certifier avoir été l'un des nombreux témoins. Pourquoi donc l'accoucheur n'obtiendrait-il pas le même succès de la saignée et des bains, lorsqu'il s'agit de débarrasser une femme dont l'utérus irrité, revenu sur lui-même et moulé sur l'enfant, l'empêche d'aller chercher les pieds et d'exécuter la manœuvre de la version? Pas de moyen qui relâche plus promptement les organes que la déplétion des vaisseaux, surtout quand la femme est robuste, pléthorique et sanguine. Au reste, c'est une opinion que je soumets, comme je l'ai dit, aux praticiens consommés et judicieux. Il me semble qu'elle peut être défendue.

Il y a une vingtaine d'années que je fus appelé auprès d'une femme en mal d'enfant depuis la veille. A mon arrivée, je la trouvai noyée dans le vin et l'eau-de-vie; le bras de l'enfant était à la vulve depuis la rupture des membranes qui avait eu lieu bien long-temps auparavant. J'entrepris sur-le-champ d'aller chercher les pieds; l'utérus était si souple et si relâché qu'il ne m'opposa pas la moindre résistance; la facilité de la manœuvre me parut être ici l'effet de l'ivresse, dont la propriété est de paralyser ou de suspendre la contractilité musculaire. Cette observation porterait donc à conseiller le même moyen, s'il était exempt de danger: ce qu'il n'est guère possible de supposer chez une femme en proie aux douleurs, de l'enfantement, et dont l'utérus plus ou moins irrité passe si tôt à l'état inflammatoire.

Mais ne pourrait-on pas alors remplacer avantageusement l'usage des liqueurs spiritueuses par celui des narcotiques, afin de produire la paralysie ou relâchement momentané de l'utérus? Consultons encore l'analogie à cet égard. Le célèbre Guérin, de Bordeaux, ne pouvait un jour sonder un malade dont l'urètre se contractait spasmodiquement sur le cathéter; il imagina d'enduire l'instrument d'extrait muqueux d'opium, et de le laisser dans le canal jusqu'à ce que l'absorption du narcotique eût commencé d'agir sur le cerveau. Il saisit à propos cette occasion et pénétra sans aucune difficulté dans la vessie. Pourquoi dans le cas d'accouchement que la contraction ou spasme de l'utérus et de son col rend impossible avec la main, n'injecterait-on pas une certaine dose d'extrait muqueux d'opium dans le vagin ou dans le rectum, si l'on n'aimait mieux l'administrer, mais à moindre dose, par la bouche? Rien, ce semble, n'empêcherait de faire un pareil essai, et le succès ne serait pas sans quelque vraisemblance. On pourrait également employer les opiacés après la saignée pour faire cesser avec plus de promptitude la contraction de l'utérus.

Je passe à la troisième circonstance où l'accoucheur n'est appelé qu'après de violentes et inutiles manœuvres, lorsque le gonflement et la sensibilité des organes génitaux et de leurs annexes en attestent l'inflammation aiguë. La saignée, les bains et les antiphlogistiques en général sont encore indiqués ici comme l'unique et dernière ressource. Mais ils n'offrent pas, il s'en faut bien, le même avantage que dans la circonstance précédente. Quant aux narcotiques, il est évident qu'ils sont plus nuisibles qu'utiles, parce qu'ils aggravent l'état inflammatoire, au lieu de le calmer.

Quand cet état, par l'omission des moyens propres à le prévenir et à l'arrêter, ou par l'emploi de tentatives irritantes, est tellement avancé que l'utérus passe à la gangrène, cet organe n'offre plus de résistance, parce qu'il n'a plus de vie; la main opère alors la version de l'enfant et termine l'accouchement avec la plus grande facilité; mais la femme ne tarde pas à succomber.

Il en est généralement de même quand il y a déjà une disposition à l'évolution spontanée ou que l'enfant, dont l'épaule est profondément engagée dans le bassin, se déroule et nait par l'extrémité coccygienne. Ce genre de terminaison de l'accouchement compliqué de la sortie prématurée du bras, n'est le plus souvent que le dernier effort de la nature épuisée, de la femme à l'agonie. On cite bien quelques cas épars de succès; mais ils sont trop rares pour être mis en balance avec ceux qui ont été suivis de la mort de la mère et de l'enfant.

CAPURON.

—

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Note sur les préparations de phosphore;

Par E. SOUBEIRAN.

M. Martin Solon, médecin de l'hôpital Beaujon, m'ayant demandé quelques préparations de phosphore, et désirant d'ailleurs connaître quelle dose de cette substance il entrait dans chacune d'elles, je n'ai rien trouvé sur ce sujet qui me parût mériter pleine confiance, et je me suis vu amené à reprendre l'étude des préparations principales, soit pour le *modus faciendi*, soit pour la détermination de la proportion de phosphore qui en fait partie. Bien que le phosphore soit maintenant peu employé, il est cependant un agent énergique de médication auquel on ne doit pas renoncer sans nouvel examen. On lui a reproché de nombreux accidens; mais ils me paraissent pouvoir être attribués, dans bien des cas, moins à ses effets propres qu'aux vices des formes pharmaceutiques sous lesquelles il a été administré. Mon but, dans cette note, est de régulariser ces dernières. M. Martin Solon nous fera bientôt connaître les effets que l'on peut attendre de son emploi médical sagement conduit.

Un fait qui domine toute l'étude thérapeutique du phosphore quand on s'occupe de l'introduire dans une préparation, ou quand on veut l'administrer sous une forme ou sous une autre, c'est la facile combustibilité de ce corps. Lorsqu'il est dans un grand état de division, il s'enflamme facilement au contact de l'air, et quand il est en fragmens, une assez légère élévation de température peut produire le même effet. Le phosphore doit être parfaitement divisé ou mieux dissout dans ses diverses préparations, et l'on doit exclure toutes celles où il pourrait se trouver en trop grande proportion ou dans un état de division peu avancé. J'ajouterai que toutes ces préparations s'altèrent promptement en absorbant l'oxigène de l'air, même à la température ordinaire et en formant de l'acide phosphatique. Aussi ces médicamens doivent être préparés en petite quantité, et ils doivent être renfermés dans des vases bien bouchés.

Éther phosphoré.

Prenez :	Phosphore.	q. v.
	Éther sulfurique.	s. q.

Je fais cette préparation avec l'éther pur, c'est-à-dire débarrassé d'abord de l'alcool par un lavage à l'eau, et ensuite de l'eau par une distillation sur le chlorure de calcium. L'alcool dissout le phosphore moins facilement que l'éther, et il y a avantage à séparer tout celui que l'éther du commerce contient ordinairement.

Pour rendre le contact du phosphore et de l'éther plus intime et faciliter la saturation de celui-ci, il convient de se servir de phosphore très-divisé. On y parvient aisément par la méthode que nous à donnée Casaseca. Voici comment il opère :

Dans un flacon bouché à l'émeri, de grandeur telle qu'il se trouve presque rempli par la quantité d'éther qui doit être employée, on met un morceau de phosphore et de l'alcool concentré; on fait chauffer au bain-marie, et quand le phosphore est en pleine fusion, on ferme le flacon et on agite vivement jusqu'à ce que le phosphore ait repris l'état solide. Il se présente alors sous forme d'une poudre jaunâtre. On décante rapidement l'alcool; on lave la poudre de phosphore avec un peu d'éther pur, que l'on sépare à son tour par décantation, et on remplit le flacon de nouvel éther; on le met ensuite à l'obscurité, et l'on a soin d'agiter de temps à autre, pendant quelques jours. Au bout de ce temps, on décante l'éther et on le renferme dans des flacons de petite capacité que l'on tient bien bouchés et dans un endroit obscur; mieux vaut encore les recouvrir d'un papier noir.

D'après le Codex, l'éther phosphoré contient 1/152 de son poids de phosphore. M. Hecht annonce, d'après des expériences directes, que 2 gros d'éther dissolvent environ 1 grain; MM. Henry et Guibourt admettent 15 grains de phosphore par once; enfin M. Berzélius, dans son traité de chimie, dit que 100 parties d'éther dissolvent 2 parties 2/3 de phosphore.

Des différences aussi grandes dans les résultats doivent dépendre en partie de la pureté du véhicule dont on s'est servi et de la température à laquelle on a opéré. Les proportions trouvées par le Codex et par M. Hecht se rapprochent beaucoup; celles de MM. Henry et Guibourt et de M. Berzélius paraissent devoir être rapportées plutôt à la propriété dissolvante de l'éther bouillant qu'à celle de l'éther froid.

J'ai recherché la quantité de phosphore contenue dans l'éther préparé ainsi que je l'ai dit plus haut. A cet effet, j'ai traité l'éther phosphoré par l'acide nitrique dans un appareil convenable, et j'ai déterminé les proportions de phosphore par la quantité de phosphate basique de chaux que j'ai obtenue. J'évite de donner les détails d'une analyse qui serait déplacée ici. Je dirai qu'à une très-petite fraction près, qui peut être négligée pour l'emploi médical, j'ai trouvé que

100 parties d'éther phosphoré contiennent 0,7 parties de phosphore.
1 once. 4 grains de phosphore.

ou que l'éther en dissout la 144e partie de son poids.

Ces résultats, qui se rapprochent beaucoup, on le voit, des proportions du Codex et de celles d'Hecht, et dont la différence peut être attribuée à l'emploi que j'ai fait de l'éther pur, appuient fortement la proposition que j'ai faite d'avoir recours à celui-ci, puisqu'il conduit à obtenir une préparation dans laquelle l'éther et le phosphore se trouvent dans un rapport simple, facile à fixer dans la mémoire.

Huile phosphorée.

Prenez :	Phosphore.	1 partie.
	Huile d'olive.	30 parties.

On met l'huile dans un flacon de capacité telle qu'il en soit

presque rempli ; on introduit le phosphore et l'on chauffe au bain-marie, bouillant pendant quinze à vingt minutes, avec l'attention d'agiter vivement de temps en temps. On tient le flacon fermé pour éviter l'oxigénation du phosphore ; seulement au commencement on interpose entre le goulot et le bouchon un petit morceau de papier qui ouvre une issue à l'air intérieur. Par cette manipulation, l'huile se sature de phosphore à chaud, et par le refroidissement elle en laisse déposer une partie. Quand elle s'est éclaircie par le repos, on la décante dans des vases de petite capacité et que l'on tient bien bouchés. On peut, si l'on veut, aromatiser cette huile avec quelques gouttes d'une huile essentielle d'odeur agréable.

M. Hecht dit que l'huile dissout quatre grains de phosphore. En me servant d'une méthode analytique pareille à celle que j'ai employée pour l'éther phosphoré, je suis arrivé au même résultat, encore à une fraction près, que l'on peut négliger sans inconvénient dans l'usage médical.

Pommade phosphorée.

Prenez :	Phosphore.	1 partie.
	Axonge de porc.	50 parties.

On met l'axonge dans un flacon de verre bouché à l'émeri. Ce flacon doit être d'une capacité telle que l'axonge fondu le remplisse presque entièrement. On fait fondre l'axonge au bain-marie ; on ajoute le phosphore et l'on continue à chauffer avec les précautions que j'ai indiquées pour l'huile phosphorée. On agite vivement de temps à autre, jusqu'à ce que le phosphore soit entièrement dissous ; alors on retire le flacon de l'eau bouillante, et on l'agite jusqu'à parfait refroidissement. Quand la température a baissé sensiblement, on peut de temps en temps plonger le flacon dans l'eau en continuant à agiter ; on peut même un peu plus tard laisser plonger le flacon dans l'eau froide, en même temps qu'on le secoue encore avec la main. Par ce moyen, l'opération est très-abrégée. La seule précaution à prendre est de ne pas mettre le flacon dans l'eau tandis qu'il est encore très-chaud ; il se casserait presque infalliblement.

Cette méthode de préparer la pommade phosphorée me parut préférable à toutes celles qui ont été proposées jusqu'à présent. Les doses que j'ai indiquées sont les plus fortes que l'on puisse prudemment employer, et il est presque nutile de dire q'uon peut les diminuer autant qu'on le veut. C'est l'expérience médicale qui devra prononcer sur ce point.

La pommade telle que je l'ai préparée contient un 1/50 de phosphore ou 12 grains par once. Le phosphore y est parfaitement divisé, parce qu'ayant été dissout en totalité, à mesure qu'il se sépare, molécule à molécule, par le refroidissement, l'agitation dans laquelle on entretient le liquide ne leur permet pas de se réunir. A la rigueur, on pourrait bien augmenter la proportion de phosphore en divisant, par une agitation vive, celui qui ne serait pas fondu ; mais presque chaque fois que j'ai voulu recourir à ce moyen, j'ai trouvé des grains de phosphore isolés. On conçoit que, lorsqu'ils viendraient à être échauffés par le frottement, ils s'enflammeraient au contact de l'air et brûleraient profondément le malade. Aussi je ne crois pas prudent de pousser au-delà de 1/50 la proportion de phosphore ; c'est la quantité que l'axonge peut dissoudre à la température de 100 degrés.

Potion phosphorée.

Il est difficile de diviser directement le phosphore pour le tenir en suspension dans une potion. La formule de Hufeland, qui fait triturer ce corps avec un mélange de gomme arabique, est à peine exécutable, et elle a le double inconvénient de diviser imparfaitement le phosphore et d'en oxigéner une grande partie.

L'emploi de l'éther phosphoré est plus avantageux, surtout lorsqu'on veut administrer à l'intérieur une faible dose de phosphore ; celui-ci se sépare, à la vérité, mais sous forme de particules très-fines qui restent suspendues au milieu du liquide, si celui-ci est un peu visqueux. J'ai parfaitement réussi avec la formule suivante :

Prenez :	Sirop de gomme.	2 onces.
	Ether sulfurique.	q. v.
	Eau de menthe poivrée .	2 onces.

On pèse le sirop dans une bouteille munie de son bouchon ; par-dessus on verse et on pose l'éther ; on mêle les deux liquides par l'agitation, et peu à peu on introduit l'eau aromatique par petites parties en agitant à chaque fois.

On introduit facilement par ce moyen deux gros d'éther phosphoré ou un grain de phosphore dans une potion : la grande proportion d'éther peut, dans quelques cas, devenir un inconvénient que l'emploi de l'huile phosphorée permet d'éviter ; on peut, par son moyen, introduire dans une potion depuis les plus faibles doses jusqu'à plusieurs grains de phosphore ; seulement l'huile, destinée à l'intérieur, devra être préparée avec l'huile d'amandes douces, qui est peu sapide. Le phosphore communique à la potion une saveur alliacée si désagréable, qu'il est inutile d'y ajouter encore par l'emploi d'une huile odorante. Pour la même raison, l'emploi d'une huile aromatique est à peu près indispensable pour masquer un peu cette saveur du phosphore.

Prenez :	Huile phosphorée.	1 once.
	Gomme arabique pulvérisée.	2 gros.
	Eau de menthe.	3 onces.
	Sirop de sucre.	2 onces.

On fait avec la poudre de gomme et dix gros d'eau de menthe un mucilage ; on l'introduit dans une bouteille ; on pèse ensuite dans la même bouteille l'huile phosphorée ; on agite vivement pendant plusieurs heures ; on introduit ensuite par parties et successivement le sirop et le reste de l'eau distillée, en ayant soin d'agiter à chaque fois. On obtient une potion émulsionnée d'un excellent usage pour l'emploi interne du phosphore. Ce corps y est en dissolution dans l'huile, et celle-ci est extrêmement divisée au milieu du liquide, deux circonstances des plus favorables à l'action du médicament et à la sûreté de son administration.

Cette potion, comme toutes les autres préparations de phosphore, doit être tenue bien bouchée.

J'ai reconnu que l'huile d'amandes dissout la même quan-

tité de phosphore que l'huile d'olive. La potion ci-dessus contiendra donc quatre grains de phosphore. Je ferai remarquer que c'est le *modus faciendi* seul que je recommande. J'ignore à quelle dose le phosphore peut être administré à l'intérieur, et ce sera au médecin à la fixer ; j'ai voulu seulement recommander cette émulsion phosphorée comme la forme la plus convenable et surtout la plus exempte d'inconvéniens, à laquelle les médecins puissent avoir recours.

E. SOUBEIRAN.

—

Note sur un mastic pour l'oblitération des dents cariées ; par O. HENRY.

M. Ollivier d'Angers, docteur en médecine, mon ami, me remit, il y a quelque temps, pour en faire l'analyse, un liquide désigné sous le nom de *mastic pour l'oblitération des dents cariées.* Le premier examen que je fis de cette substance me démontra qu'elle ne renfermait aucun métal ni produit métallique ; et l'odeur d'éther qu'elle exhalait annonçait que ce liquide entrait dans sa composition.

Ce mastic était liquide, d'une consistance un peu huileuse, d'une couleur jaune, comme la térébenthine de Chio, d'une saveur amère lorsque celle de l'éther avait disparu, et il collait un peu aux doigts. Exposé à l'air, il coulait comme du beurre à demi fondu, s'épaississait en prenant un aspect trouble ; puis, chauffé au bain-marie jusqu'à disparition complète de l'éther, il laissait une matière molle résiniforme, friable à froid, et se ramollissant sous la dent comme la résine-mastic.

Cette matière était insoluble dans l'eau, en partie soluble à froid dans l'alcool, mais très-facilement dissoute par l'éther sulfurique. Elle brûlait rapidement avec odeur caractéristique des résines ; enfin elle avait tous les caractères de la résine qui exsude du *pistacia lintiseus*, et qu'on appelle *mastic.*

Le liquide qui m'avait été remis n'était donc autre chose qu'un soluté de cette résine dans l'éther sulfurique ; l'analyse m'a donné pour sa composition sur 100 parties : *mastic*, 81,4 ; éther sulfurique, 18,6 ; ce qui fait penser que le *mastic pour les dents* est formé d'environ quatre cinquièmes de résine pour un cinquième de véhicule.

On l'obtient en laissant à froid dans l'éther la résine-mastic, qui, à quelques impuretés près, se dissout promptement et en totalité ; puis on décante et l'on conserve dans un flacon bouché.

Pour s'en servir, il faut en imbiber une petite boule de coton dont la grosseur est basée sur la cavité de la dent ; puis, après avoir très-exactement nettoyé et séché l'intérieur de celle-ci, y introduire la boule ainsi agglutinée, afin de remplir le plus exactement possible cette cavité. Ce moyen, fort simple et peu douloureux, que l'on nous a assuré réussir très-bien, peut en effet présenter des avantages, parce que la résine-mastic trouve dans la cavité, bien séchée toutefois, des aspérités qui doivent la faire facilement adhérer, et que, par la chaleur de la bouche seule, elle tend à rester un peu molle, sans coller néanmoins à la langue ou aux alimens qui passent sur elle.

On a mis en usage, comme on le sait, pour remédier au même inconvénient, une foule de substances, telles que la cire, les mélanges salins et résineux, de l'alliage fusible, et enfin de petites feuilles d'or, de plomb ou d'étain, que l'on entasse par la pression, quand le nerf est sans douleur, dans la cavité dentaire, afin de s'opposer non-seulement à l'accès de l'air, mais encore au séjour des alimens, et permettre l'usage de ces dents pour la mastication. Avec ces moyens, on arrive plus ou moins au but ; mais il est reconnu que, lorsque les cavités sont grandes, le séjour du métal et des autres pâtes est peu durable. C'est à l'expérience à démontrer si, dans ce cas, le mastic dont il est ici question présente plus d'avantages : il y a quelques probabilités.

O. HENRY.

BULLETIN DES HOPITAUX.

—

Expériences homœopathiques faites par M. ANDRAL, à l'hôpital de la Pitié.

M. le professeur Andral, dont tout le monde connaît et apprécie le zèle infatigable et le talent d'observation, s'est livré depuis le mois de novembre dernier à des expériences non interrompues sur l'homœopathie. Le résultat de ces recherches qui ne sont point encore terminées, ne pourra manqner d'exciter l'attention des médecins. A une époque où l'on a tant de facilité à adopter et à poursuivre les idées nouvelles, quelque extraordinaires qu'elles soient, où l'exaltation se mêle à tout, il est avantageux de trouver des hommes, des lumières et de la conscience desquels personne ne doute, qui consentent à examiner la valeur des faits avancés, et qui viennent ensuite dire avec bonne foi : voilà ce que j'ai vu.

Le jugement que portera M. Andral de l'homœopathie sera, je le crois, entièrement contraire à ce que proclament les sectateurs de Hahnemann, qui, pour le dire en passant, vu leur petit nombre et l'amour qu'a la haute société pour le merveilleux, font, dit-on en ce moment à Paris, ample récolte (1).

---

(1) Voici un des cas de la pratique d'un médecin homœopathe. Une jeune demoiselle du faubourg Poissonnière, à laquelle le docteur B. donnait des soins, dépérissait ; une consultation eut lieu : elle fut déclarée phthisique. Comme aucun espoir ne fut donné à la famille, la grand'mère appelle un médecin homœopathe ; celui-ci trouve le cas grave, mais promet qu'*il guérira* la jeune fille : elle lui est confiée. Mais le mal fait des progrès, et une nouvelle réunion de médecins décide qu'on doit transporter la malade à la campagne. Le sectateur d'Hahnemann s'y oppose. Enfin, après plusieurs jours d'instances de la part de la vieille dame, pour laquelle il était un oracle, il y consent. *Oui*, dit-il, *vous la ferez partir ; mais à une condition, c'est qu'elle voyagera avec la rapidité de l'éclair.* (Pour lui faire sans doute éviter l'absorption des miasmes.) La malade partit ; en cinq quarts d'heure, elle fut emportée par de vigoureux chevaux de poste à cinq lieues de Paris. Hélas ! quelques jours après, elle n'était plus.

M. Andral traite les sujets soumis à l'homœopathie d'après les principes et les idées d'Hahnemann; il combat les symptômes à l'aide de médicamens dont les propriétés spéciales ont été indiquées par le médecin allemand, et, pour plus de certitude, les globules homœopathiques sont préparés dans la pharmacie de M. Guibourt, où les médecins homœopathes eux-mêmes adressent leurs malades.

Le régime des personnes qui suivent cette médication est surveillé avec soin : il est en tout conforme à celui que recommande Hahnemann. Il se compose, de bouillon sans sel ni légumes, de bouillies ou de potages au lait; et quand les malades peuvent manger, on leur donne du pain et du vin, la viande qui a servi à faire le bouillon, quelquefois du rôti, rarement du poisson; jamais on ne leur donne de légumes, et aucun des alimens n'est assaisonné. Pour tisane ils boivent de l'eau sucrée. Pendant le traitement toute médication extérieure est interdite.

Il est impossible, avec tant de précautions, de n'avoir point des données suffisantes pour juger l'homœopathie, surtout quand le nombre des faits est aussi considérable que ceux qui ont été observés dans les salles de M. Andral. Ces faits ont été recueillis avec une attention minutieuse par l'interne de ce service M. Maxime Vernois.

Compulsons les tableaux immenses et fort bien faits que ce confrère a bien voulu nous remettre, et voyons quels ont été les résultats obtenus.

Sur *cinquante-quatre* applications de la médecine homœopathique, *huit malades* seulement ont présenté une amélioration qui s'est prolongée sans autre médication; et *quarante-six* étaient aussi malades quelques jours après l'administration des globules. Il faut cependant dire que sur ces 46, il y en a eu 7 qui avaient offert une légère modification dans leur état, le lendemain de la prise du médicament homœopathique. Maintenant quels sont les cas où l'amélioration s'est manifestée? les voici : 1° dans un cas de douleur intercurrente existant depuis dix jours; 2° dans une angine; 3° dans des douleurs de rhumatisme; 4° dans une céphalalgie intercurrente chez un phthisique; 5° dans un cas d'étourdissement chez un homme sujet à des congestions cérébrales; 6° dans un cas de diarrhée suivie de constipation; 7° dans un rhumatisme arrivé au dix-huitième jour; 8° dans une douleur passagère survenue pendant une gastro-entérite chronique.

Parlons maintenant des substances administrées, et exposons les effets qu'elles ont produit sur un assez grand nombre de malades.

Les médicamens employés par M. Andral sont les suivans : aconit, arnica, belladone, bryone, camphre, camomille, cocculus, colchique, ipécacuanha, juquiame, opium, mercure soluble, noix vomique, plomb métallique, pulsatile, étain.

Depuis le mois de janvier, M. Andral a traité 35 malades par l'homœopathie, dont 18 hommes et 17 femmes. Sur ce nombre, 5 ont été soumis à l'aconit, 4 à l'arnica, 5 à la belladone, 5 à la bryone, 1 à la camomille, 3 au colchique, 3 à la jusquiame, 1 à l'opium, 2 au mercure soluble, 3 à la noix vomique, 1 au plomb, 2 à la pulsatile.

Aconit. Le globule est à la 24e dilution. 1er malade, 25 ans. Maladie : gastrite. *Symptômes prédominans* : fièvre intense. Effets : 2 pulsations de moins dans les 24 heures, et le lendemain une variole se déclare. 2e, M. : fièvre int. quot. S. P. : impulsion du cœur. *Effet nul.* 3e, M. : amygdalite aiguë. S. P. : fièv. int. Effet : diminution du pouls et du mal de gorge. 4e, M. : tubercules. S. P. : fréq. du pouls. Effet : diminution du pouls. 5e, M. : artritis aiguë. S. P. : fréquence du pouls. Effet : céphalalgie vive.

Arnica à la 6e dilut. 1er, tub. pulm. S. P. : violens étourdissemens. *Effet nul.* 2e, congestion cérébrale. S. P. : forts étourdissemens. *Effet* : le malade dit avoir été soulagé immédiatement. 3e, hydropéricarde. S. P. : étourdissement et vertige. *Effet nul.* 4e, fem. ayant une dysménorrhée et une gastrite chron. S. P. : céphalalgie très-intense. *Aucun effet immédiat.* Amélioration le 3e j.

Belladone. Le globule est à la 24e dil. 1er, M. : hémiplégie. S. P. : trouble de la vue. *Effet nul.* 2e, M. : bronchite. S. P. : toux opiniâtre. *Effet nul.* 3e, M. : bronchite. S. P. : toux opiniâtre. *Effet nul.* 4e, M. : affect. du nerf optique. S. P. : trouble considérable de la vue. *Effet nul.* 5e, M. : affect. du cœur. S. P. : étourdissement, vertiges. *Effet nul.*

Bryone à la 30e dilut. 1er, M. : fièvre intermitt. S. P. : douleurs vagues. *Effet nul.* 2e, M. : hypert. du cœur. S. P. : doul. viv. à l'épigastre. *Effet nul.* 3e, M. : artrite aiguë. S. P. : douleur à l'épaule. *Effet nul.* 4e, M. : pleurodynie, bronchite. S. P. : quintes de toux continues. *Effet nul.* 5e, M. : gastro-entérite chroniq. S. P. : douleur vive au genou et à l'épaule gauche. *Effet nul.*

Colchique à la 15e dil. 1er, M. : artrite aiguë. S. P. : douleur vive avec rougeur et gonflement des deux poignets. *Effet* : diminution des douleurs. 2e, M. : lombago. S. P. : douleurs vives des reins. *Effet nul.* Cette femme fut saignée. 3e, M. : tubercules pulmonaires. S. P. : Point de côté à gauche. *Effet* : diminution de la douleur.

Jusquiame à la 12e dilut. 1er, M. : tub. pulm. S. P. : toux violente. *Effet nul.* 2e, bronchite pleurésie. S. P. : toux violente. *Effet nul.* 3e bronchite. S. P. : toux violente. *Effet nul.*

Mercure soluble à la 6e dilut. 1er, tremblement mercuriel des membres supérieurs et inférieurs. *Effet nul.* 2e, M. : syphilis, ulcérations sur le gland. *Effet nul.* Progrès croissans de l'ulcération qui détruit le frein : on n'arrête le mal qu'avec l'onguent mercuriel.

Noix vomique à la 24e dilut. 1re, femme de 21 ans : dyménorrhée, gastrite chronique. S. P. : dyspnée très-vive. *Effet nul.* 2e, femme de 22 a. Dysménorrhée gastr. chron. S. P. : dyspepsie. *Effet. nul.* 3e, femme de 18 a. Aménorrhée. S. P. : envies de vomir. *Effet nul.*

Pulsatille à la 24e dilut. 1er, gastro-entérite chronique. S. P. : diarrhée. *Effet* : mieux sensible. 2e, femme de 22 ans. Gastrite chronique. S. P. : coliques, diarrhée. *Effet nul.*

Camomille à la 12e dilut. Diarrhée sans coliques. *Effet nul.*

Opium à la 6e dilut. Affection de l'utérus et du cœur. S. P. : constipation opiniâtre. *Effet nul.*

Plomb métallique. Constipation opiniâtre depuis huit jours. *Effet nul.* La constipation n'a cédé qu'aux purgatifs.

Ainsi les guérisons pour les maladies bien dessinées ont été nulles; il a fallu dans un grand nombre de cas revenir à la médecine ordinaire, saigner et appliquer des sangsues, pour arrêter le développement du mal qui allait croissant malgré l'administration du remède. C'est ce que nous avons vu avant-hier encore pour une femme couchée à la salle Saint-Thomas. Assurément on a vu quelques personnes qui ont présenté quelque diminution dans les symptômes; mais le temps seul amène ce résultat. Nous devons le répéter, si la médecine des globules est bonne à quelque chose, ce n'est, nous le croyons, du moins jusqu'à présent, qu'à nous faire connaître d'une part, ce que peut l'expectation ou autrement dit la nature, pour la guérison des maladies, de l'autre, à occuper les imaginations de quelques hypocondriaques et des femmes nerveuses. N'y aurait-il que ces dernières classes de malades qui appelleraient les médecins homœopathes qu'ils feraient encore de bonnes affaires.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

MAI 1834.

APPLICATION

De la polarisation circulaire à l'examen de plusieurs substances organiques.

Thèse soutenue à l'École de Pharmacie, par M. F. THINUS,

(Extrait) (1)

M. Biot, ayant reconnu qu'un grand nombre de substances organiques, telles que les gommes, les sucres, les huiles essentielles, le camphre, etc., étaient douées de la propriété rotatoire, se servit de ce phénomène pour étudier la constitution moléculaire de ces corps, et pour examiner le mode progressif par lequel s'opèrent les modifications que l'amidon, les gommes et les sucres éprouvent, lorsqu'on les soumet à l'action de certains agens chimiques et physiques.

Je vais passer en revue dans cette thèse les résultats que ce savant a obtenus de ses expériences, et j'y ajouterai quelques observations qui me sont particulières.

Amidon.

M. Raspail a constaté, par des expériences faites sous le microscope, que les particules qui composent la fécule ne sont pas de simples poussières informes, mais bien de véritables corps organisés qui consistent en globules de grosseur et de forme variables, selon l'espèce de végétal d'où la fécule a été retirée. Ces globules sont transparens et contiennent une matière inférieure d'apparence gommeuse, que recouvre une enveloppe corticale insoluble dans l'eau à froid et à chaud.

Cette gomme intérieure avait seulement été indiquée par M. Raspail, et nommée *amidine* par M. Chevreul; M. Biot a donné à cette substance le nom de *dextrine* pour la désigner par le caractère spécial que lui donnent le sens et l'énergie de son pouvoir rotatoire; car aucune substance organique jusqu'ici connue ne dévie aussi fortement les plans de polarisation des rayons lumineux.

On retire la dextrine de la féecule de pomme-de-terre par différens procédés.

1°. *Par l'eau.* Si l'on fait chauffer jusqu'à l'ébullition un mélange de 10 grammes de féecule et 500 grammes d'eau, qu'on le maintienne à cette température de 100° centésimaux pendant quelques minutes, on obtient une liqueur opaline légèrement mucilagineuse, qui, jetée sur un filtre de papier, le plus fin possible, passe lentement au travers et y laisse une petite quantité de cette gelée, connue sous le nom d'empois. Si on examine cette matière au microscope, on reconnaît qu'elle est formée par les enveloppes corticales déchirées, agglutinées entre elles par des portions de la matière soluble amenée à l'état d'insolubilité par le refroidissement.

La liqueur qui a filtré très-limpide possède la propriété de dévier fortement à droite les plans de polarisation de la lumière. Pour obtenir la dextrine qu'elle contient, il suffit de l'évaporer doucement à la chaleur du bain-marie ou à l'étuve chauffée assez fortement pour que la dessiccation soit prompte, car dans le cas contraire la dextrine éprouve des modifications très-remarquables; c'est ainsi, qu'ayant abandonné pendant trois semaines a l'évaporation spontanée une solution de dextrine, j'en retirai une matière légèrement colorée en jaune, qui n'était plus soluble dans l'eau, mais s'y gonflait à la manière de la gomme adragant et de la gomme du pays.

Si on évapore la liqueur qui contient la dextrine à la température de 100° c. soutenue jusqu'à ce que l'évaporation soit entièrement terminée, il se précipite vers la fin une matière blanche très-consistante, cornée, et qui refuse obstinément de se redissoudre dans l'eau, même à l'aide d'une ébullition long-temps prolongée.

Dans ces deux cas, la dextrine a subi bien évidemment des modifications dans sa constitution moléculaire.

Lorsqu'elle a été desséchée avec les précautions nécessaires, la dextrine obtenue par ce procédé est en lames transparentes, incolores et presque sans saveur: elle est très-pure.

2°. *Par l'acide sulfurique.* L'action de l'acide sulfurique sur l'abmidon se divise en plusieurs phases bien dis-

M.

(1) Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile d'imprimer ici l'extrait du travail de M. Thinus, qui forme un résumé méthodique des observations faites par MM. Biot et Persoz, matières encore peu connues, et auxquelles M. Thinus a ajouté quelques expériences qui lui sont propres.

tinctes, que les caractères donnés par la polarisation ont permis à MM. Biot et Persoz de suivre pour ainsi dire pas à pas.

En opérant avec 500 gr. de fécule, 1,300 gr. d'eau et 120 gr. d'acide la fécule a éprouvé trois changemens d'état moléculaire bien prononcés. A 90° c. le mélange possède son pouvoir rotatoire le plus fort, et, en effet, à cette température il n'y a que rupture des grains féculacés, et la dextrine est mise à nu.

Entre 90° et 95° c., son pouvoir rotatoire diminue, et cet abaissement peut être causé par des circonstances peu importantes; mais à 100° sa constitution moléculaire change tout à coup comme l'indique l'effaiblissement brusque de sa force de rotation et l'on reconnaît qu'en même temps la dextrine s'est transformée en sucre.

Après la seconde réduction brusque, amenée par l'ébullition prolongée de la liqueur, c'est bien encore du sucre d'amidon qui se produit; mais ce sucre diffère considérablement du sucre d'amidon formé lors de la première réduction de la rotation, car celui-ci a un aspect différent, et possède un pouvoir moléculaire de rotation beaucoup plus énergique.

Tous ces phénomènes se reproduisent quand on remplace la quantité d'acide sulfurique employée dans cette expérience, par des doses plus grandes ou plus petites.

Seulement avec des doses plus fortes les phases parcourues sont plus rapides et correspondent à des degrés thermométriques inférieurs. Tandis qu'avec l'acide employé dans des proportions plus faibles, les phases sont au contraire plus lentes, et l'ébullition doit être prolongée pendant plus d'une heure pour amener le liquide au premier changement brusque de son pouvoir rotatoire.

Quand on veut seulement préparer de la dextrine par l'action de l'acide sulfurique sur la fécule, on doit employer les doses suivantes :

50	grammes de fécule.
600	d'eau.
10	d'acide.

On délaie la fécule dans une petite partie de l'eau, on mêle le reste de l'eau avec l'acide et on y verse la fécule; on chauffe alors en agitant continuellement. Vers 65 à 70° c., le mélange se prend en une gelée claire qui se dissout peu à peu, et la masse parvenue à 91° c. est très-liquide. On la maintient pendant quelques minutes à ce degré, en ayant grand soin de ne pas le dépasser. La liqueur refroidie reste liquide, elle est légèrement opaline; en l'abandonnant a elle même pendant vingt-quatre heures, on y trouve un précipité floconneux très-peu abondant, d'un blanc grisâtre, formé des tégumens déchirés par l'action de l'acide.

On jette la liqueur sur un filtre, elle passe très-facilement et très-limpide; on y ajoute alors de l'alcool jusqu'à ce qu'elle ne précipite plus. La dextrine se dépose sous forme d'une poudre blanche. Comme elle entraîne un peu d'acide sulfurique, après avoir décanté l'alcool on la dissout dans une petite quantité d'eau, d'où on la précipite de nouveau. On la lave ensuite avec de l'alcool bouillant, et on l'expose à l'étuve où elle se dessèche rapidement.

3°. *Par la diastase.* Le procédé le plus simple et le plus facile à employer pour l'extraction de la dextrine, est bien sans contredit celui qui consiste à faire agir l'orge germée sur la fécule.

En étudiant l'influence déjà observée de l'orge germée pour opérer la liquéfaction de la fécule, MM. Payen et Persoz en ont isolé une substance à laquelle ils ont donné le nom de *diastase*, qui exprime son pouvoir de séparation. La diastase se développe pendant la germination dans toutes les graines des céréales, et généralement dans toutes celles qui contiennent de la fécule. Le rôle de cette substance est de déchirer pendant la germination les globules féculacés, de mettre la gomme intérieure en liberté, d'en transformer une partie en sucre, et de préparer ainsi la nourriture au végétal pendant son premier accroissement. Pour obtenir la diastase à l'état de pureté, on opère ainsi : on délaie de l'orge germée concassée dans une petite quantité d'eau froide, on laisse en contact pendant un quart d'heure; on filtre, et la liqueur claire est chauffée au bain-marie : arrivé à la température de 55 à 60° c., elle s'opalise. Ce changement est dû à une matière azotée qui se coagule à ce degré de chaleur. On filtre de nouveau la liqueur, et on y verse de l'alcool très-concentré qui en précipite la diastase.

La diastase est sous forme de poussière blanche incristallisable, très-soluble dans l'eau et complétement neutre; elle n'a aucune action sur les plans de polarisation des rayons lumineux. Une partie de cette substance suffit pour faire éclater à l'aide de la chaleur deux mille parties de fécule. Chauffée à 80°, elle perd tout à coup cette propriété.

Pour extraire la dextrine au moyen de l'orge germée, on prend :

10	parties de fécule.
1	partie d'orge germée.
30	parties d'eau.

On laisse l'orge dans l'eau pendant un quart d'heure, on passe dans un linge et on chauffe cette liqueur à 30°, alors on y ajoute la fécule délayée dans une petite quantité d'eau, on continue de chauffer; à 60° la masse se prend en gelée, mais se liquéfie entièrement dans son passage de 65 à 70° c.; on porte alors promptement la liqueur à l'ébullition pour arrêter l'action de la diastase sur la dextrine.

On voit se précipiter dans la liqueur des flocons membraneux assez volumineux, qui ne sont formés bien évidemment que des sacs tégumentaires agglomérés, sur lesquels la diastase n'a plus aucune espèce d'action.

On retire la liqueur du feu, on la laisse refroidir et on la filtre, elle passe avec facilité et très-limpide.

On peut en obtenir la dextrine par une simple évaporation, soit à l'étuve, soit à la chaleur du bain marie; mais cette substance obtenue ainsi n'est pas pure, elle contient toujours une certaine quantité de sucre d'amidon, qui s'est formé sous l'influence de la diastase pendant le passage de la liqueur de 65 à 80° c., et de plus elle a une saveur désagréable, causée par une huile particulière contenue dans les tégumens de la fécule.

On la purifie en faisant réduire la liqueur à la moitié de son volume par une évaporation menagée, puis précipitant

par l'alcool qui retient le sucre et l'huile essentielle, on décante l'alcool et on opère la dessiccation de la dextrine à l'étuve.

Si au lieu d'arrêter l'action de la diastase en portant la liqueur à l'ébullition, on la maintient dans les limites de 65 à 75° c. pendant quelques heures, on voit que la dextrine a été transformée en partie en sucre, mais seulement dans le rapport de 25 à 100; et il paraît impossible d'obtenir ainsi une plus grande quantité de matière sucrée. Il en résulte un sirop de dextrine qui est fort agréable.

On peut encore obtenir la dextrine par l'action des différens acides et alcalis sur l'amidon; car toutes ces substances ont la propriété d'user les enveloppes corticales des globules et de mettre ainsi la dextrine à nu.

Propriétés. La dextrine est parfaitement neutre, se décompose par le feu et donne tous les produits ordinaires des matières végétales non azotées; très-soluble dans l'eau, d'où elle est précipitée par l'alcool et le sous-acétate de plomb; la solution aqueuse d'iode la colore en rouge vineux (1); traitée par l'acide sulfurique, comme la fécule entière, elle se transforme aussi en matière sucrée; avec l'acide nitrique elle ne donne pas d'acide mucique, en quoi elle diffère essentiellement de la gomme. Le sens de son pouvoir rotatoire, opposé à celui de la gomme, est encore un indice moléculaire qui l'en distingue également.

Dissoute dans l'eau et mise en présence de la levure, elle ne fermente pas lorsqu'elle est pure; mais si elle contient des quantités de sucre, même très-minimes, elle est entraînée dans la fermentation.

Si on abandonne à elle-même, avec ou sans le contact de l'air, une solution de dextrine parfaitement limpide, il s'y forme graduellement un précipité blanc pulvérulent qui s'accroît de jour en jour. Séparé par décantation, ce produit n'est plus soluble dans l'eau froide, ce qui est naturel, puisqu'il s'est séparé de ce liquide par précipitation; mais si on le fait bouillir quelque temps dans l'eau, il s'y redissout et y porte la grande force rotatoire vers la droite, qui caractérise la dextrine non altérée.

Cette nouvelle substance se rapproche beaucoup par ses apparences de l'*inuline;* mais sa rotation à droite fournit à MM. Biot et Persoz un moyen de la distinguer de cette substance, qui tourne à gauche les plans de polarisation (2).

Gomme arabique.

La gomme arabique jouit de la propriété de dévier à gauche les plans de polarisation, ce qui la distingue essentiellement de la dextrine.

Si on la soumet à l'action de l'acide sulfurique et de la chaleur, on observe que sa rotation à gauche s'affaiblit graduellement jusqu'à un certain degré de température qui varie avec les proportions d'acide employées, et qu'à ce point elle se porte tout à coup vers la droite avec une énergie beaucoup plus grande que ne l'était sa force primitive dans le sens opposé. Cependant la liqueur précipite encore complétement par l'alcool. La matière blanche précipitée, bien lavée à l'alcool, puis desséchée, reprend les apparences de la gomme la plus pure et produit comme elle de l'acide mucique. MM. Biot et Perroz ont nommé cette substance *gummi-dextrine*, pour désigner à la fois son origine, son analogie avec la dextrine et le sens de sa rotation.

Si au lieu de s'arrêter à la température à laquelle sa rotation est intervertie, on porte la liqueur acide à l'ébullition, et qu'on l'y maintienne pendant quelque temps, la rotation à droite prend une intensité un peu plus grande, qui est due à la transformation en sucre de la gummi-dextrine.

On sait que le ligneux est transformé en matière gommeuse sous l'influence de l'acide sulfurique concentré. Cette gomme peut être regardée comme de la dextrine, car elle possède aussi une rotation très-forte à droite, et forme un sucre analogue à celui d'amidon par l'action prolongée de l'acide.

Je me suis assuré, par expérience, que la dextrine est sans action sur les ligneux.

Sucres.

Les chimistes considéraient comme analogue au sucre de raisin tout sucre qui ne possédait pas, comme celui de cannes, la propriété de cristalliser régulièrement. M. Biot, à l'aide de la polarisation circulaire, vient d'assigner aux différens sucres des caractères positifs qui ne permettent plus maintenant de les confondre.

Sucre de cannes.

Le pouvoir de rotation moléculaire du sucre de cannes cristallisable est dirigé dans le sens droit, mais peut se modifier sous diverses influences. C'est ainsi que, lorsqu'on chauffe du sucre de cannes jusqu'à une température de 110 degrés, son pouvoir moléculaire se trouve être réduit fort au-dessous du sucre de cannes cristallisable, et dans le rapport de 60 à 84. Si on fait dissoudre ce sucre incristallisa-

---

(1) La dextrine obtenue par l'action simple de l'eau est colorée en bleu par l'iode. Celle que l'on obtient par l'acide sulfurique ou la diastase est colorée en rouge vineux. Ces faits ne sont-ils pas de nature à faire croire que la deuxième espèce de dextrine est un produit d'altération. On objecte, il est vrai, l'extrême difficulté de séparer les tégumens, quand on a recours seulement à l'action de l'eau pour obtenir la dextrine; mais comment quelques tégumens rares, capables de se colorer en bleu, pourraient-ils faire disparaître complétement la propriété que possède la masse de liquide de prendre une teinte purpurine: E. S.

(2) Dans un travail postérieur, MM. Payen et Persoz se sont fait une autre idée de cette matière. Ils pensent qu'elle préexiste dans la fécule et qu'elle n'est pas un résultat de l'altération de la dextrine. Suivant ces chimistes, l'amidon serait composé de trois parties différentes, la dextrine, la matière insoluble et les tégumens. La diatase, en agissant sur la fécule, réparerait les tégument, isolerait la dextrine en même temps qu'elle en transformerait une partie en sucre, et changerait la matière insoluble en dextrine et en matière sucrée. Ces faits, encore controversés, appellent de nouvelles expériences. E. S.

ble dans l'eau chaude, qu'on fasse bouillir cette dissolution jusqu'à ce qu'elle soit arrivée au degré de concentration convenable pour former le sucre candi ordinaire, il reprend toutes les propriétés du sucre cristallisable.

D'après une expérience de MM. Pelouze et Malagutti, il suffit même d'entretenir la solution de sucre étendue à l'ébullition, pour voir le sucre se détruire et se changer en sucre de raisin.

La même transformation a lieu pour tous les acides végétaux et minéraux convenablement étendus. Elle se produit encore par la fermentation, et elle est complète dès qu'il se dégage quelques bulles d'acide carbonique.

Sucre d'amidon.

On connait jusqu'ici deux sucres d'amidon qui sont essentiellement différens dans leur rotation moléculaire. Le premier s'obtient au premier abaissement brusque de la rotation de la dextrine; lorsqu'on l'a dégagée de ses tégumens par l'influence de l'acide sulfurique étendu, c'est-à-dire lorsque cette substance arrive juste à se changer en sucre et à cesser d'être précipitable par l'alcool, ce sucre exerce une rotation moléculaire presque égale à celle du sucre de cannes. Il est solide, d'une blancheur parfaite, et offre à sa surface de petites pointes cristallines. La deuxième espèce de sucre d'amidon, que l'on obtient par l'action prolongée de l'acide sulfurique étendu, exerce une rotation moléculaire moins grande, et qui est à celle du sucre de cannes comme 60 à 84. Celui-ci est jaunâtre et moins bien cristallisé que le précédent.

Ces sucres ont la propriété de dévier à droite les plans de polarisation de la lumière, mais avec une moins grande force que le sucre de cannes, dont ils se distinguent essentiellement, en ce que leur rotation n'est pas intervertie par l'action des acides ni par la fermentation.

Sucre de raisin.

Ce sucre offre des différences très-grandes de constitution moléculaire, selon qu'on l'observe à l'état liquide, tel qu'il existe dans les raisins frais, ou bien lorsqu'il a été amené à l'état solide par l'action du temps.

Ainsi, quand on examine le sue du raisin, extrait par pression des grains mêmes, on voit qu'il tourne les plans de polarisation vers la gauche de l'observateur, qu'il diminue graduellement de pouvoir dans ce sens avec le temps, à mesure qu'il se rapproche de la solidification, et qu'il arrive enfin à tourner les plans de polarisation vers la droite d'une manière constante lorsqu'il est solidifié.

M. Biot, qui a découvert cette singulière propriété, s'assura par des expériences sur des raisins frais, puis sur des raisins secs des années précédentes, que les phénomènes se passent, de la même manière dans l'intérieur de ces fruits par l'action du temps.

Les dissolutions de sucre de raisin solidifié conservent constamment leur rotation à droite, lorsqu'on les soumet à l'action des acides étendus ou de la fermention.

Je dois parler ici des expériences que j'ai faites sur les sirops acides, et qui m'ont donné des résultats tout-à-fait semblables à ceux qu'on avait obtenus dans les expériences citées plus haut.

On sait que les sirops acides de groseilles, de limons, de mûres, etc., laissent déposer quelque temps après leur préparation un précipité tellement abondant, qu'il occupe souvent les deux tiers de la capacité des vases qui les renferment.

La polarisation circulaire m'offrant un moyen facile et en même temps très-exact pour examiner les modifications que ces composés éprouvent dans cette circonstance, je les soumis aux expériences suivantes :

M'étant procuré du sirop de limons dans lequel s'était formé un dépôt abondant, j'examinai séparément la partie encore liquide et la partie solidifiée. Je reconnus que la première était du sucre de raisin déviant à gauche le rayon polarisé, tandis que la matière cristallisée les déviait à droite, et avec les caractères du sucre de raisin ramené à l'état solide. Je trouvai les mêmes caractères aux cristaux grenus qui s'étaient formés dans de la gelée de groseilles.

Je fis alors une dissolution de 375 gr. de sucre de cannes, 80 gr. d'acide citrique dans 1125 gr. d'eau, et je cherchai à quelle température pouvait se faire la transformation. Je trouvai qu'à 60° le sucre de cannes ne subit pas de modification.

On sait d'ailleurs que cette transformation peut se faire à la longue à froid, car les sirops acides ainsi préparés, qui cristallisent dans les premiers temps, donnent du candi dur. Plus tard c'est du sucre de raisin qui se dépose.

Miel.

Le *miel* est formé de deux principes immédiats, l'un cristallisable, l'autre incristallisable, qui sont doués d'un pouvoir rotatoire contraire.

Le cristallisable agit dans le sens droit; l'incristallisable dans le sens gauche.

Ils ont ainsi une grande analogie avec les sucres de raisin liquide et solidifié.

Sucre de lait.

Le *sucre de lait* possède une rotation à droite assez grande.

Mannite.

La *mannite* est sans action sur les plans de polarisation.

M. Biot a démontré de plus,

1°. Que l'essence de térébenthine est constituée différemment que l'essence de citron;

2°. Que le camphre des laurinées diffère du camphre des labiées; car ces substances possèdent des propriétés de rotation moléculaire dans des sens contraires.

3°. Que la gélatine et l'albumine étant douées d'une certaine action sur les rayons polarisés, ce caractère pourra servir à l'examen des fluides animaux qui contiennent ces substances.

De l'huile de touloucouna du Sénégal et de ses usages; par M. J.-J. VIREY.

M. Cadet-Gassicourt père, ainsi que M. Boullay, ont donné dans le *Journal de pharmacie*, tom. V, p. 49 *sq.*, et tom. VII, p. 293, une analyse détaillée de l'huile amère et concrète du carapa de la Guyane (*carapa guianensis*, Aublet, ou *persoonia guareodes* de Willdenow); MM. Robinet et Petroz ont ensuite examiné l'écorce amère du même arbre.

Depuis cette époque (1819-21), les expéditions faites en Afrique ont appris qu'il existait, soit dans la Guinée, soit dans l'intérieur du Sénégal et sur les rivages de la Sénégambie, des arbres de la même famille naturelle des méliacées, appartenant également au genre carapa, mais constituant une espèce différente et fournissant de l'huile.

En effet, Sweet, dans l'*Hortus britannicus* (tom I, p. 72), avait déjà décrit sous le nom de *carapa guineensis* un arbre distinct de celui de la Guyane. Cependant il était réservé à M. Perrottet, notre compatriote, voyageant dans l'intérieur des terres du Sénégal, de faire mieux connaître l'espèce qui procure aux nègres l'huile dite de *touloucouna*. Il l'a publiée avec M. Guillemin dans *la Flore de Sénégambie* (tom. I, p. 128), et figurée sous le nom de *carapa touloucouna;* les usages de son huile ont été signalés dans les *Annales de la Société linnéenne de Paris*, mai 1824.

Cependant, ayant reçu un échantillon de cette huile encore peu connue, et m'étant procuré d'autres renseignemens à cet égard, il paraît utile de les publier.

Nous ne décrirons point cet arbre à calice de quatre à cinq divisions, à quatre ou cinq pétales, à huit ou dix étamines, et dont le fruit devient un drupe sec, ligneux, rond, gros comme un boulet, à quatre ou cinq valves, contenant des amandes épaisses, sans albuman, amères et oléagineuses. Celles-ci, contusées, jetées dans de l'eau bouillante, laissent surnager une huile abondante d'une couleur jaune-rouge de rocou, qui se prend par le refroidissement en masse butyreuse, d'odeur rance et d'une saveur amère, chaude, persistante dans la gorge, très-rebutante ou même excitant le vomissement. En effet, cette amertume forte passe pour être vénéneuse; mais ce qui est remarquable (comme dans les amandes du carapa de la Guyane, *xylocarpus carapa*), c'est que les cochons dévorent ces amandes sans danger et sans que leur chair en contracte de l'amertume; au contraire, les lapins, les lièvres et autres rongeurs, lorsqu'ils mangent ces amandes, prennent dans leur chair une saveur si amère, qu'elle n'est plus mangeable alors.

L'amertume de l'huile concrète de touloucouna, si elle éloigne de tout emploi interne cette substance, rend aux peuplades nègres d'autres services. En effet, sous un climat aussi brûlant, la peau se gerce, se crevasserait souvent, et des nuées d'insectes, tels que les moustiques ou maringouins, rendraient le séjour de certaines contrées marécageuses insupportable, si des frictions avec cette huile amère n'écartaient pas ces graves inconvéniens. L'abondance de la sueur, l'action de l'humidité extérieure et du froid des nuits, sont également réprimées par les frictions de l'huile de touloucouna; on peut encore lui attribuer la propriété d'empêcher les rhumatismes.

Enfin, en s'en servant comme d'une pommade pour les cheveux, elle éloignera de la tête des enfans la vermine qui les incommode. Sur une peau blanche, cette huile laisserait une teinte jaune safranée, ce qui n'a nul inconvénient pour la peau des nègres ou des Maures.

Elle est fusible de 40 à 50°, et limpide alors, sauf une portion écumeuse qui la surnage. Elle se comporte, comme celle du carapa, avec l'alcool, l'éther, les alcalis, etc.

La substance amère dissoute dans cette huile, sans doute avec le principe colorant, a été considérée comme un alcaloïde organique, par plusieurs chimistes, dans l'huile de carapa. Celle-ci, appartenant à un arbre d'espèce analogue et du même genre, confirmera sans doute cette analogie lorsqu'on en aura suffisamment obtenu pour en faire l'analyse complète.

Cette huile de touloucouna peut être employée comme un bon cosmétique pour éloigner les insectes de la chevelure des enfans; elle n'a point les inconvéniens des préparations de mercure, ni même des poudres âcres et irritantes sur la peau. Il serait facile d'en former une pommade pédiculaire d'agréable odeur.

D'ailleurs on prévient les suppressions de transpiration et les accidens de tétanos, de trismus, surtout chez les enfans, causés par l'effet du froid, en frottant leur corps avec cette huile. C'est comme un remède universel chez ces peuplades nègres.

Sur l'extrait d'ellébore de Bacher; Par M. E. SOUBEIRAN.

MM. Henry et Guibourt ont publié, il y a quelques années, des observations sur les pilules de Bacher. Après avoir comparé les diverses formules proposées pour cette préparation, ils ont donné la préférence à la formule primitive de Bacher, toutefois après lui avoir fait subir quelques modifications. Cette préférence, au moins en ce qui concerne la formule du Codex, ne me paraît pas fondée; mais comme elle a en sa faveur quelques motifs spécieux, elle aura sans doute été adoptée par plusieurs pharmaciens qui, sans y regarder de plus près, auront reçu de confiance l'opinion de praticiens aussi recommandables.

Je rappellerai d'abord que la formule de Bacher et celle adoptée par MM. Henry et Guibourt diffèrent à peine l'une de l'autre. Ces derniers ont précisé la dose de véhicule que l'on devait employer. Ils ont aussi, à tort ou à raison, supprimé la première affusion d'eau bouillante et la redissolution de l'extrait dans l'eau, manipulations recommandées par Bacher, dont il nous serait aussi difficile, avec le peu de connaissance que nous avons sur la composition de l'ellébore, de reconnaître l'avantage que de démontrer l'inutilité.

Pour mettre les lecteurs à même de suivre plus facilement

la comparaison, entre la formule de Bacher modifiée et celle du Codex, je commence par les rapporter toutes deux en regard l'une de l'autre.

	Codex.	Bacher.
Ellébore noir.	500 gram.	500 gram.
Carb. de pot.	125	125
Eau-de-vie.	2000	1225
Vin blanc.	2 lit.	6 lit.

On voit que les deux élémens principaux, savoir, l'ellébore et le sel alcalin sont en même quantité dans les deux formules, et que la différence réside seulement dans la proportion des véhicules de dissolution. Que la proportion d'eau-de-vie soit plus ou moins forte, c'est sans doute chose assez indifférente, pourvu qu'elle suffise à épuiser la racine, puisqu'il n'en reste aucune partie dans l'extrait terminé. Mais on ne peut en dire autant du vin, dont les parties fixes assez abondantes s'ajoutent à la masse extractive et en augmentent le poids, en diminuant par conséquent d'une quantité correspondante la proportion des principes actifs fournis par l'ellébore. Ceci deviendra de toute évidence si on jette les yeux sur les résultats comparatifs suivans obtenus en opérant avec l'un ou l'autre procédé. Il est sans doute inutile de dire que l'on s'est servi pour tous deux de la même racine et du même vin, et que la quantité des produits pourrait changer par l'emploi d'une autre racine d'ellébore et d'un vin blanc différemment chargé de tartre et de matière colorante; mais il est bien évident que si le rapport entre les deux extraits s'en trouvait modifié, le résultat général n'en resterait pas moins vrai.

500 grammes de racine d'ellébore noir, traités par chacune des formules de Bacher et du Codex, ont donné,

Extrait du Codex.	264 gram.
de Henry et Guibourt.	346

Afin de ne pas perdre la quantité de liquide vineux qui restait adhérente au marc d'ellébore dans chaque opération, il a été déplacé par de l'eau et ajouté aux liqueurs pendant l'évaporation.

La grande différence que présentent les poids de chacun des extraits dépend évidemment de la quantité de matière fournie par le vin lui-même. En effet, il a été employé pour l'extrait du Codex deux litres de vin, et pour l'extrait de Bacher, 6 litres Le vin dont on s'est servi laissait 21 grammes d'extrait par litre après l'évaporation. Le poids de l'extrait d'ellébore a donc été augmenté par-là de 42 grammes, suivant le procédé du Codex, et de 126 grammes en ayant recours à la formule modifiée de Bacher. Or, si nous retranchons ces quantités de chacun des extraits obtenus, nous trouvons,

Par le procédé du Codex.	222 grains d'extrait.
de Henry et Guib.	220 grains.

On voit donc que la différence entre les deux produits tient réellement à la proportion de matière étrangère que le vin introduit dans chacun d'eux.

Une partie de l'extrait du Codex représente 1,89, près de deux parties de racine d'ellébore; la même quantité d'extrait obtenu par la méthode de Bacher ne représente que 1,44 parties de racine, ou presque exactement un quart de moins. Il en résulte que le praticien qui administre un grain de l'extrait du Codex, emploie la substance soluble de deux parties de racine, tandis que son malade n'en prend réellement que 3/4 de grain, si l'on a suivi pour la préparation de l'extrait la formule de Bacher modifiée par MM. Henry et Guibourt.

J'ignore tout-à-fait quels sont les motifs qui ont engagé les auteurs du Codex à adopter de préférence la formule qui s'y trouve consignée. Peut-être ont-ils eu tort de changer la formule primitive de Bacher, car, sans une absolue nécessité, on ne doit pas se permettre de modifier de vieilles formules consacrées par l'usage; mais maintenant que la modification a été faite par le Codex, et qu'elle a pris force d'usage, ce n'est certainement pas un perfectionnement que de vouloir revenir à l'ancienne formule.

L'extrait de Bacher, par la méthode du Codex, contient plus de carbonate alcalin, et il semble devoir être plus déliquescent; l'extrait obtenu par la méthode de MM. Henry et Guibourt est moins alcalin, mais il n'est pas moins déliquescent, parce qu'il contient plus d'acétate de potasse que le premier; sous ce rapport les deux formules sont peu rationnelles, et l'on n'aurait pas de raison pour donner la préférence à l'une plutôt qu'à l'autre.

EXTRAIT DES ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Août, septembre et octobre 1833.

Sur la composition de l'asparamide, de l'acide asparmique et des phosphovinates; Par M. LIÈBIG.

Les analyses de l'asparamide et de l'acide asparmique, que vient de répéter M. Liébig, diffèrent un peu de celles qui ont été faites par MM. Boutron-Charard et Pelouze. Liébig a trouvé à ces corps une composition qui se rarporte à la suivante :

Asparamide anhydre.		Cristal.	Acide sparm. anhydre		cristal.
C^8	36,74	32,35	C^8	42,16	C^8 36,507
N	21,27	18,73	N^2	12,20	N^2 10,509
H^{16}	5,94	6,60	H^{10}	4,37	H^{14} 5,215
O^6	36,05	42,32	O^6	41,27	O^8 47,769
	100,00	100,00		100,00	100,000

Si à la composition de l'acide asparmique anhydre, ou tel qu'il entre dans l'asparmate de plomb

$$8\,C + 2\,N + 10\,H + 6\,O,$$

on y ajoute 2 atomes ammoniaque $2\,N + 6\,H$, on obtiendra

$8\,C + 4\,N + 16\,H + 6\,O$, ou exactement la composition de l'asparamide anhydre.

L'asparagine ne peut donc rentrer dans la classe des amides, mais doit jusqu'à nouvel ordre conserver son ancienne dénomination.

L'acide phosphovinique ne doit pas, d'après M. Liébig, être considéré comme une combinaison d'acide phosphorique et d'alcool, mais de cet acide avec l'éther sulfurique.

Suivant ce chimiste, la composition du phosphovinate de baryte est la suivante :

			En centièmes.
1 at. de phosphate de baryte.		2806,070	60,785
12 d'eau		1349,800	29,191
1 d'éther.	4 at. carbone.	305,750	6,612
	10 hydrogène.	62,398	1,340
	1 oxigène.	100,000	2,162
		4624,018	100,000

Le sel, en se desséchant, perd 12 atomes d'eau.

Sur les sels doubles cristallisés d'oxide de zinc et de carbonates alcalins ; Par M. WOHLER.

Du zinc métallique, mis dans une dissolution bouillante de carbonate de soude, s'y dissout lentement et avec dégagement d'hydrogène. En laissant le liquide en repos après une ébullition de plusieurs heures, on voit au bout de quelques jours que le zinc s'est recouvert de petits cristaux durs, incolores, très-brillans, insolubles dans l'eau froide, soluble avec effervescence dans les acides, décomposables par l'eau bouillante. C'est un sel formé de carbonate de soude et d'oxide de zinc.

La solution d'oxide de zinc dans l'ammoniaque, mêlée à du carbonate d'ammoniaque et exposée à l'air, laisse déposer à mesure que l'ammoniaque s'évapore de beaux cristaux prismatiques en étoiles, formés d'oxide de zinc et de carbonate d'ammoniaque. Ces cristaux, exposés à l'air, perdent de l'ammoniaque et se transforment en une poudre blanche qui contient encore de l'ammoniaque, quoiqu'elle n'en manifeste plus l'odeur. Il peut donc se former deux sels ammoniacaux dans des proportions différentes.

Sur le borate de magnésie, par M WOHLER.

On sait que le borate de soude ne produit point de précipité dans une dissolution de sulfate de magnésie ; mais si l'on chauffe un mélange de ces dissolutions, il se forme un précipité blanc abondant, qui, à mesure que le liquide se refroidit, se redissout lentement, mais complétement.

Une dissolution semblable, dans laquelle le précipité avait disparu, était restée pendant plusieurs mois de l'hiver à une température inférieure à 0°. Pendant ce temps il se déposa sur les parois du vase de beaux groupes radiés de cristaux aciculaires, qui ressemblaient tout-à-fait aux cristallisations en aiguilles de la mésotype. Ces cristaux insolubles dans l'eau, soit à froid, soit à chaud, étaient un borate de magnésie pur ou de la boracite, avec 16 atomes d'eau de cristallisation, ou bien

$$\dot{M}g\,\dddot{B}^2 + 16\,\dot{H}.$$

Du même liquide il sépara plus tard un autre sel tout différent, en cristaux volumineux, transparens et très-abondans : c'était un double borate de magnésie et de soude. Ce sel, complétement soluble dans l'eau froide, et autant à peu près que le borax, offre une réaction alcaline, et ne précipite pas par l'ammoniaque. Sa solution possède la propriété caractéristique de se troubler lorsqu'on le chauffe, et de déposer un précipité blanc abondant, qui, à mesure que la liqueur se refroidit, s'y redissout entièrement. C'est donc à la formation de ce sel, dans le mélange des deux solutions de sulfate de magnésie et de borax, qu'il faut attribuer le trouble que la chaleur produit et qui commence à se manifester à la température d'environ 70°. Cette précipitation, qu'opère la chaleur dans la dissolution du sel double, provient de ce qu'il se change en un borate basique de magnésie, en borate de soude et en acide borique libre.

L'hydrate de magnésie, mis en digestion avec une solution de borax, s'y dissout en grande quantité, et donne naissance au sel double précédent.

Examen d'une substance considérée comme un composé d'hydrogène et de platine; Par M. BOUSSINGAULT.

On a été porté à considérer comme de l'hydrure de platine une poudre noire et combustible que l'on obtient en mettant en digestion, dans de l'acide hydrochlorique, un mélange intime de fer et de platine extrêmement divisé. M. Boussingault, qui vient d'analyser cette matière, la regarde comme un alliage de fer et de platine.

Sur l'acide valérianique et ses combinaisons ; par M. TROMMSDORF.

M. Trommsdorf s'est assuré que l'acide découvert par Pentz dans l'eau de valériane, et qui avait été considéré comme de l'acide acétique, est un acide particulier doué des propriétés suivantes :

C'est un liquide incolore, limpide et oléagineux ; son odeur a beaucoup d'analogie avec celle de la racine de valériane et de son huile essentielle : elle en diffère néanmoins, et est peut-être plus désagréable. Elle diminue lorsqu'on combine l'acide avec une base, mais elle ne disparaît jamais entièrement.

La saveur de cet acide est extrêmement forte, très-acide et repoussante ; la sensation particulière qu'il produit sur la langue y persiste long-temps. Si l'acide est très-dilué, il laisse un arrière-goût douceâtre, comme le ferait une liqueur sucrée. La densité de l'acide huileux à 26'' 6''' de pression, et à 10° c., est égale à 0, 944. Il reste liquide à — 21° ; il brûle sans résidu avec une flamme intense, il bout à 182° sous la pression de 27'' 6''' ; il se dissout dans trente parties d'eau à 12° c. L'alcool le dissout en toutes proportions. L'essence de térébenthine, l'huile d'olive, ne paraissent pas le dissoudre. L'acide acétique, concentré de

1, 07 de densité, le dissout rapidement et en grande quantité. L'acide sulfurique le jaunit à froid, et à chaud le charbonne en dégageant de l'acide sulfureux. L'acide nitrique fumant agit à peine sur lui, même quand on les distille ensemble à plusieurs reprises.

On prépare l'acide valérianique en agitant l'huile essentielle de valériane avec du carbonate de magnésie et de l'eau, on distille : il passe une huile qui n'est plus acide et dont l'odeur est moins forte que celle de l'huile primitive. On ajoute ensuite de l'acide sulfurique au liquide qui reste dans la cornue et on distille de nouveau. On peut encore saturer l'eau de valériane par le carbonate de soude, décomposer la solution concentrée par l'acide sulfurique étendu de son poids d'eau, la liqueur distillée est formée de deux couches : l'une est l'acide valérianique oléagineux, contenant environ 30 pour cent d'eau, l'autre une solution concentrée d'acide valérianique.

La composition de l'acide valérianique sec, déterminée par M. Ettlnig, est la suivante :

En atomes.	En centièmes.
10 C = 764,37	64, 96
18 H = 112, 31	9, 54
3 O = 300, 00	25,50
1179,68	100,00

L'acide oléagineux desséché autant que possible paraît retenir H_2O de plus que l'acide sec.

Les valérianates présentent les propriétés suivantes : odeur particulière, saveur douce avec un arrière-goût piquant. Ils sont efflorescens, déliquescens ou inaltérables à l'air. Ils cristallisent avec plus ou moins de facilité, ils sont gras au toucher, ils sont plus ou moins solubles dans l'eau. La chaleur les décompose et dégage du bord une portion de l'acide sans altération. Les acides forts séparent l'acide valérianique de ses combinaisons, et cet acide à son tour décompose les benzoates et les carbonates.

Procédé très-économique pour la préparation du protoxide de cuivre, par M. MALAGUTI.

On fait fondre ensemble, à une douce chaleur, 100 parties de sulfate de cuivre et 57 parties de carbonate de soude cristallisé, et on chauffe jusqu'à ce que la masse soit solidifiée, on la pulvérise, et on y mêle exactement 25 parties de limaille de cuivre, on l'entasse dans des creusets qu'on chauffe jusqu'au rouge blanc en soutenant cette température pendant 20 minutes. On pulvérise la matière refroidie et on la lave; le résidu sera le protoxide de cuivre d'un beau rouge, et d'autant plus beau, qu'il sera divisé et lavé. Les premières eaux de lavage contiendront du sulfate de soude qu'on peut faire cristalliser. Les mêmes creusets peuvent servir plusieurs fois.

P. - F. - G. B.

NOTE

Sur la racine d'iris fœtidissima ; Par M. LE CANU.

La racine d'iris fœtidissima paraît être depuis quelque temps employée avec succès par un de nos plus célèbres praticiens, le docteur Récamier, dans le traitement de certaines maladies, et plus spécialement dans celui de l'hydropisie. Les essais auxquels je l'ai soumise, à l'invitation de M. le professeur Clarion, dans le but d'en connaître la composition chimique, m'ont fait reconnaître dans cette racine la présence :

1° D'une huile volatile excessivement âcre,
2° — matière résineuse,
3° — — amère,
4° — — colorante, jaune rouge,
5° — — sucrée,
6° — — gommeuse,
7° d'un acide libre,
8° de la cire,
9° de sels,
10° de ligneux.

Ainsi, la composition chimique de cette racine la fait différer de la racine d'iris de Florence, dont M. Vogel a publié l'analyse.

Le procédé que j'ai suivi pour déterminer la nature de ses principes constituans, n'offrant rien de particulier, je ne le décrirai pas. Seulement, je signalerai un fait qui peut ne pas être sans intérêt pour les personnes qui s'occupent des travaux de ce genre, puisqu'il fournit une nouvelle preuve des changemens qu'apportent dans les réactions ordinaires la présence de corps étrangers.

Dans une première expérience, en traitant directement par l'alcool une certaine quantité de racine d'iris, évaporant, reprenant par l'eau le résidu de l'évaporation, filtrant, afin de séparer les matières résineuses interposées, puis, évaporant de nouveau, j'avais constaté, dans le résidu de la seconde évaporation, la présence d'une assez grande quantité de matière sucrée.

Dans une seconde expérience, au contraire, le produit concentré d'une décoction aqueuse, additionnée d'alcool dans le but de précipiter les matières gommeuses, tout en retenant en dissolution la matière sucrée, sembla, comme chacun sait, dans l'alcool faible, ne céder à l'alcool aucune trace de matière sucrée. La matière gommeuse, en se précipitant, avait entraîné avec elle tout la matière sucrée.

Mais en dissolvant le dépôt floconneux dans une petite quantité d'eau, et versant dans cette dissolution de l'alcool, en proportion telle qu'il n'opérât qu'une précipitation incomplète, et répétant ce mode de traitement un certain nombre de fois sur chacun des précipités formés par l'alcool, j'ai fini par obtenir, d'une part, une solution de matière sucrée ; d'autre part, un coagulum de matière gommeuse.

Quant aux effets physiologiques de la racine d'iris fœtidissima, ils me semblent devoir être principalement attribués à la présence de l'huile volatile ; d'où l'on devra conclure

que celles des préparations pharmaceutiques dans lesquelles l'huile volatile sera plus abondante, et plus isolée des principes qui pourraient en marquer l'action, par exemple l'eau distillée et la teinture alcooliques, seront préférables aux autres.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

De la séance de la Société de Pharmacie, 2 avril 1834.

PRÉSIDENCE DE M. CHEREAU.

La correspondance manuscrite et imprimée comprend un mémoire de M. Buchner, sur diverses réactions chimiques (M. Vallet, rapporteur); les Annales de l'Auvergne; le Journal de Pharmacie; la Gazette de Véronne; une Thèse de M. P. Boullay, intitulée : *Dissertation sur le danger des modifications successivement introduites dans les formules et les pratiques de la pharmacie.*

M. Pelouse communique à la Société l'extrait d'un travail de M. Boutin, sur le beurre de cacao. En traitant cette substance par l'alcool, M. Boutin en a retiré un principe neutre particulier, cristallisable, qui en constitue la presque totalité. Il est saponifiable, et donne sous l'influence des alcalis un nouvel acide gras très-remarquable.

Les belles expériences de M. Félix Boudet, relatives a l'action de l'acide hyponitrique sur les matières grasses neutres, ont naturellement donné à M. Boutin l'idée de soumettre le beurre de cacao au même traitement. Le succès a répondu à son attente, et il a obtenu une autre matière grasse neutre que la saponification convertit en un nouvel acide.

M. Boutin a constaté que l'acide hyponitrique, en réagissant sur les matières grasses, passait à l'état de deutoxide d'azote, et leur cédait en même temps l'excès de son oxigène.

M. Reymond présente des observations sur la fabrication et la vente des pastilles de Vichy, par MM. Brosson frères. Il propose de nommer une commission chargée d'écrire, au nom de la Société, aux médecins de Paris, pour les mettre en garde contre le charlatanisme dont le prospectus de MM. Brosson frères est empreint.

La proposition de M. Raymond est adoptée par la Société, qui nomme pour commissaires MM. F. Boudet, Soubeiran, Reymond, Robiquet et Pelletier.

Procès-verbal de nécropsie légale faite sur le cadavre de la femme Métivier (1).

Nous soussignés, docteurs en médecine, chirurgiens en chef à l'hôpital du Mans etc., nous sommes rendus en vertu d'un réquisitoire de M. le procureur du roi, en date du 2 juin 1830, au domicile de M. Métivier, ferblantier, place du Gué-de-Maulny, au Mans, à l'effet d'examiner le cadavre de sa femme, décédée la veille sous l'influence d'un empoisonnement présumé : nous avons procédé à la nécropsie le 3 juin 1830, à six heures du matin, vingt-quatre heures après la mort, dans un appartement situé au second de ladite maison.

Nous trouvons sur un lit le cadavre d'une femme qui nous paraît âgée de 26 à 28 ans, d'une petite stature et d'un grand embonpoint; nous constatons l'évidence de la mort par l'aspect terne des cornées, la raideur cadavérique, le froid, la pâleur générale, la transsudation dans les parties déclives et l'insensibilité sous l'influence des incisions exploratrices.

Extérieur du cadavre. — Desquamation totale de l'épiderme sur le sein droit, dans l'étendue de cinq pouces de diamètre en tous sens, offrant une circonspection exactement circulaire et bien évidemment terminée par l'action d'un emplâtre épigastrique ou vésicatoire, dont on observe encore plusieurs traces hors la circonférence de l'ulcération principale, la surface dénudée, rouge, enflammée, recouverte dans plusieurs points d'une matière emplastique, absolument semblable à celle qui se trouve également sur le dernier topique qui, la veille, recouvrait encore cette ulcération, et que l'un de nous a trouvé à l'instant même de la mort; abdomen balloné, issue d'un sang noirâtre par les narines, écoulement considérable de ce fluide par la même voie, lorsque l'on presse l'hypogastre et la région ombilicale.

Cavité abdominale. — La muqueuse gastrique, celle de l'intestin grêle, surtout vers sa terminaison de l'os iliaque, du colon et du rectum, nous offrent des traces évidentes d'une inflammation aiguë qu'il est facile de distinguer même à l'extérieur, surtout dans l'intestin grêle, dont toutes les tuniques se trouvent affectées par intervalle. Nous recueillons avec soin la très-petite quantité de matières blanchâtres contenues dans l'estomac. L'utérus est plus volumineux que dans l'état normal; son col est ouvert, la muqueuse turgescente comme dans les instans qui précèdent l'évacuation menstruelle.

Cavité thoracique. — Les deux poumons se trouvent complétement engorgés de sang, et nous offrent tous les caractères d'une apoplexie de cet appareil. L'œsophage présente surtout dans la membrane muqueuse des taches inflammatoires semblables à celles que nous avons trouvées dans les autres parties du tube digestif.

Nous recueillons avec soin tout le sang des veines et de l'azigos.

Cavité cranienne. — Tout s'y trouve dans l'état normal

Examen du sein cancéreux. — Nous enlevons avec précaution toute la matière emplastique déposée sur cette partie. Nous trouvons immédiatement sous la peau, restée parfaitement saine au-delà et même au-dessous de l'influence du vésicatoire, un squirrhe dur, lardacé, du volume d'un œuf de poule, exactement circonscrit, et qu'il eût été facile d'enlever par la plus simple opération.

Ajoutons que la matière de l'emplâtre ayant été convenablement traitée dans un tube de verre à litre d'essais, nous a donné pour résultat de l'arsenic revifié.

---

(1) Cet article fait suite à un autre inséré à la fin des *Annales d'Hygiène et de médecine légale*, de ce vol. p. 8.

De ces faits scrupuleusement recueillis, nous concluons :

1° Que la femme Métivier a bien évidemment succombé à deux influences positives : 1° à l'empoisonnement par absoption cutanée d'une quantité plus ou moins considérable d'arsenic ; — 2° sous les conséquences d'une apoplexie pulmonaire, déterminée soit par les efforts du vomissement, soit par la forte dérivation établie vers la glande mammaire droite, en opposition à la menstruation qui tendait à s'effectuer, soit enfin sous ces deux influences réunies.

2° Le squirrhe du sein n'appartenait point aux ulcères cancroïdes de la peau qui, seuls, peuvent être avantageusement combattus par la pâte arsenicale, toutefois, avec cette sage réserve qu'indique la prudence, il ne pouvait que s'aggraver sensiblement par l'action même de ce topique, en le supposant employé dans la mesure où son action reste inoffensive sur l'ensemble de la constitution.

3. Ces conclusions, du moins celles qui sont relatives à l'empoisonnement, devant ressortir avec plus d'évidence encore dans une affaire aussi grave, nous prions M. le procureur du roi de vouloir bien nous adjoindre MM. Pouplin et Gueranger, pharmaciens au Mans, afin que nous puissions procéder avec eux à l'examen chimique des substances qu'il s'agit d'analyser.

Fait au Mans, le 3 juin 1830.

Signé ROUSSET, LEPELLETIER.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

MAI 1834.

DE L'EXTRAIT DE RHUBARBE,

Et formules de plusieurs préparations pharmaceutiques dont il est la base médicamenteuse; par M. BÉRAL, pharmacien.

Pour l'extraction des principes médicamenteux de la rhubarbe, et sous le double rapport de la quantité et de la qualité du produit, on doit préférer l'hydralcool à tout autre menstrue. En effet, la rhubarbe cède à ce liquide spiritueux la moitié de son poids de parties solubles, et ces parties peuvent être isolées du dissolvant sans subir d'altération notable. Ces faits, que d'autres considérations viendraient appuyer au besoin, nous paraissent suffisans pour justifier la proposition que nous faisons, de remplacer la rhubarbe par un extrait hydro-alcoolique, dans tous les composés pharmaceutiques rhéidés.

Cette méthode, que l'on peut appliquer au gingembre et à beaucoup d'autres substances, permettra de régulariser les formules de ces préparations, qui alors seront plus comparables dans leurs effets.

A cette occasion, nous rappellerons qu'on ne saurait apporter trop de soins à la fixation des rapports qui doivent exister entre le poids des excipiens, et celui des substances qui leur sont associées pour les constituer médicamens. Ces rapports doivent être simples et basés sur des principes que nous avons exposés dans notre *Essai sur la nomenclature et la classification pharmaceutiques.*

Extrait de rhubarbe

Hydro-alcoolique.

Pr. :	Hydralcool à 22°	16 onces.
	Rhubarbe de Chine en poudre.	4
	Sable fin.	16

Mettez la rhubarbe et le sable dans un mortier de marbre, et délayez-les avec la moitié de l'hydralcool prescrit; placez ce mélange dans un entonnoir alongé, entre deux couches de sable; ajoutez-y le restant du véhicule, et placez l'appareil sur un flacon. La moitié de l'hydralcool passera goutte à goutte dans l'espace de douze heures, entraînant avec lui tous les principes que la rhubarbe peut lui céder. Versez alors dans une capsule la teinture obtenue, et concentrez-la au bain-marie jusqu'en consistance d'extrait.

Le produit sera de 2 onces.

Observations. Cet extrait est lisse et transparent, sa couleur vive, son arôme très-prononcé, son action égale à deux parties de rhubarbe; il est complétement soluble dans l'alcool hydro-olique de 15 à 30 degrés. En dehors de ces densités, les solutés sont plus ou moins troubles.

Lorsqu'on traite une certaine quantité de rhubarbe à la fois, on doit distiller la teinture au bain-marie, pour recueillir de l'alcool que l'on réserve pour une pareille opération.

Alcoolé

d'Extrait de rhubarbe.

Pr. :	Hydralcool.	11 onces.
	Extrait de rhubarbe hydro-alcoolique.	1
	Total.	12 onces.

Dissolvez et conservez dans un flacon bouché.

Autrement :

Pr. :	Hydralcool.	16 onces.
	Rhubarbe de Chine en poudre.	4
	Sable fin.	16

Mélangez la rhubarbe et le sable avec la moitié de l'hydralcool prescrit; mettez le tout dans un entonnoir entre deux couches de sable; ajoutez-y le surplus du véhicule et placez l'appareil sur un récipient. Douze heures après, lorsque l'écoulement aura cessé, ajoutez à la teinture obtenue 14 onces d'hydralcool, ou la quantité nécessaire pour former en tout 24 onces.

N.

Cette teinture contient :

1/12e de son poids d'extrait, ou par once. 2 scrup.

Et représente

1/6e de rhubarbe, ou par once. 4

Alcoolé d'extrait de rhubarbe

gentiané.

pr. :	Hydralcool.	11 onces.
	Extrait de rhubarbe hydro-alcoolique.	1
	Total.	12 onces.
	Extrait de gentiane hydro-alcoolique.	6 scrup.
	Curaçao de Hollande incisé.	3 scrup.

Placez le tout dans un flacon à large ouverture; laissez macérer pendant six jours, en ayant le soin d'agiter le mélange de temps en temps, et filtrez au papier.

OEnolé

d'Extrait de rhubarbe.

Pr. :	Vin de Malaga.	23 onces.
	Extrait hydro-alcoolique de rhubarbe.	1
	Total.	24 onces.

Dissolvez; laissez en repos pendant 24 heures et filtrez.

Cet œnolé contient :

1/24e de son poids d'extrait, ou par cuillerée à bouche. 12 grains.

Et représente

1/12e de rhubarbe, ou par cuillerée à bouche. 24 grains.

OEnolé d'extrait de rhubarbe

cinnamomé.

Pr. :	Vin de Malaga.	23 onces.
	Extrait de rhubarbe préparé avec l'hydralcool.	1
	Total.	24 onces.
	Cannelle de Ceylan en poudre.	12 scrup.
	Curaçao de Hollande incisé.	6 scrup.

Pesez le vin dans un flacon; ajoutez-y les autres substances; laissez macérer pendant six jours et filtrez au papier.

Hydrolé.

d'Extrait de rhubarbe.

Pr. :	Eau pure.	20 onces.
	Extrait de rhubarbe hydro-alcoolique.	5 scrup.

Faites dissoudre sans chauffer et filtrez au papier. En une heure, ou à peu près, vous obtiendrez de colature 16 onces.

Autrement :

Pr. :	Eau froide.	20 onces.
	Rhubarbe de Chine en poudre.	10 scrup.

Mêlez dans un flacon; agitez et filtrez immédiatement. En 4 heures ou environ, vous obtiendrez de colature 16 onces.

Cet hydrolé contient :

1/96e de son poids d'extrait, ou par verre. 1/2 gros.

Et représente

1/48e de rhubarbe, ou par verre. 1 gros.

N. B. Avec l'extrait, la préparation de cet hydrolé est plus prompte, et son altération plus lente. Ces résultats ne sont pas sans importance, surtout pour un médicament magistral.

Saccharure

d'Extrait de rhubarbe.

Pr. :	Sucre en poudre.	23 onces.
	Extrait de rhubarbe.	1 onces.
	Total.	24 onces.
	Hydralcool à 25 degrés.	1 once.

Faites dissoudre l'extrait dans l'hydralcool et mêlez au sucre; exposez ensuite le mélange à la chaleur d'une étuve pour volatiliser l'alcool, et pulvérisez la masse.

Ce saccharure contient :

1/24e de son poids d'extrait, ou par gros. 3 grains.

Et représente

1/12e de rhubarbe, ou par gros. 6 grains.

Tablettes

d'Extrait de rhubarbe.

Pr. :	Sucre en poudre.	17 onces.
	Extrait de rhubarbe.	1 once.
	Total.	18 onces.
	Mucilage de gomme arabique à 1/4 environ.	18 gros.

Faites une pâte avec le sucre et le mucilage; incorporez l'extrait et façonnez la masse en tablettes de forme orbiculaire, et du poids de 18 grains.

Ces tablettes contiennent :

1/18e de leur poids d'extrait, ou chaque. 1 grain.

Et représentent

1/9e de rhubarbe, ou chaque. 2 grains.

Sirop

d'Extrait de rhubarbe.

Pr. :	Eau distillée.	14 onces.
	Extrait de rhubarbe.	2
	Total.	16 onces.

Faites dissoudre sans chauffer et filtrez ; alors.

Pr. :	Hydrolé d'extrait de rhubarbe ci-dessus.	16 onces.
	Sucre blanc cassé en morceaux.	26
	Sirop hydroolique simple.	6
	Total.	48 onces.

Chauffez suffisamment pour dissoudre le sucre.

Autrement :

Pr. :	Sirop hydroolique simple.	46 onces.
	Hydrolé d'extrait de rhubarbe ci-dessus.	16

Faites bouillir pour réduire à 48 onces.

N. B. On peut encore préparer ce saccharolique en concentrant le sirop simple que l'on déeuit avec l'hydrolé.

Observations. Le produit étant de. 48 onces.
Et le poids de l'extrait de. 48 scrup.

Ce sirop contient
1/24e de son poids d'extrait,
ou par once. 1 scrup.

Et représente
1/12e de rhubarbe, ou par once 2 scrup.

Sirop minoratif de florentin, ou *sirop d'extrait de rhubarbe*

composé.

Pr. :	Extrait d'hydralcoolature de rhubarbe.	1 once.
	Extrait de suc de chicorée.	1/2 once.
	Extrait de suc de fumeterre.	1/2 once.
	Total.	2 onces.
	Hydroolat de cannelle.	2
	Eau distillée.	12
	Total.	16 onces.

Faites dissoudre les extraits dans le véhicule sans chauffer, et filtrez au papier ; alors

Pr. :	Hydrolé ci-dessus.	16 onces.
	Sucre blanc cassé en morceaux.	26
	Sirop hydrolique simple.	6
	Total.	48 onces.

Pesez le tout dans une bassine, et chauffez pour dissoudre le sucre.

Ce sirop contient :

Par once.		Par cuillerée à café.	
Ext. de rhubarbe.	12 gr.	Ext. de rhubarbe.	2 gr.
Ext. de chicorée.	6	Ext. de chicorée.	1
Ext. de fumeterre.	6	Ext. de fumeterre.	1
Total.	24 gr.	Total.	4 gr.
Hydrolat de cannelle	24	Hydrolat de cannelle	4
Total.	48 gr.	Total.	8 gr.

Et représente assez exactement :

Rhubarbe.	1 scrup.	Rhubarbe.	4 gr.
Chicorée.	1	Chicorée.	4
Fumeterre.	1	Fumeterre.	4
Total.	3 scrup.	Total.	12 gr.
Hydrolat de cannelle	1 scrup.	Hydrolat de cannelle	4
Total.	4 scrup.	Total.	16 gr.

Du principe actif du gingembre, et formules de plusieurs composés pharmaceutiques dont il est la base médicamenteuse ; par M. BÉRAL, pharmacien.

Lorsqu'on traite le gingembre par l'éther sulfurique, on en retire une substance complexe qui a l'aspect de la mélasse. Cette substance, à laquelle nous proposons d'appliquer la dénomination générique de *pipéroïde*, constitue le principe actif du gingembre. Elle est composée d'une sorte d'huile fixe de couleur jaune, âcre et inodore, et d'une huile volatile très-aromatique, dont la saveur est poivrée et brûlante.

Le gingembre de la Jamaïque fournit 1/16e de son poids de pipéroïde. Privé de cette substance, il n'a plus de saveur.

Pipéroïde

du gingembre.

Pr. :	Gingembre de la Jamaïque en poudre	4 onces.
	Ether sulfurique.	6

Mettez le gingembre dans un entonnoir à déplacement entre deux couches de sable ; ajoutez l'éther à la partie supérieure, et disposez-un vase pour recevoir la teinture, qui passera goutte à goutte en moins de deux heures. Placez alors le récipient dans de l'eau chaude pour volatiliser l'éther, et vous obtiendrez la pipéroïde.

La quantité est ordinairement de	5 scrup.
Que l'on peut porter à.	6
En épuisant le résidu par de l'alcool à 40°.	

La pipéroïde de gingembre est entièrement soluble dans

l'éther sulfurique et l'alcool anhydre, ainsi que dans les huiles et les oléules qu'elle colore en jaune serin. Mêlée au sucre, sa saveur est agréable et recherchée. Considérée sous le rapport de l'âcreté, sa puissance est égale à 16 parties de gingembre.

Alcoolé

de pipéroïde de gingembre.

Pr. :	Alcool à 40 degrés.	15 onces.
	Pipéroïde de gingembre.	1
	Total	16 onces.

Faites dissoudre.

Cet alcoolé contient 1/16e de pipéroïde, c'est-à-dire le principe actif d'un poids de gingembre égal au sien.

Saccharure

de pipéroïde de gingembre.

Pr. :	Pipéroïde de gingembre.	2 scrup.
	Alcool à 40 degrés.	10
	Total.	12 scrup.
	Sucre en poudre.	12 onces.

Faites dissoudre la pipéroïde dans l'alcool; mêlez au sucre, et exposez le mélange à l'air libre ou à la chaleur d'une étuve, pour volatiliser l'alcool.

Cette formule revient à

Sucre.	1 once.
Pipéroïde.	4 grains.

Un gros de ce saccharure contient un demi-grain de pipéroïde, c'est-à-dire le principe actif de 8 grains de gingembre.

Tablettes

de pipéroïde de gingembre.

Pr. :	Saccharure de pipéroïde de gingembre.	6 onces.
	Sucre en poudre.	6
	Total.	12 onces.
	Mucilage de gomme arabique à 1/3 environ.	12 gros.

Faites une masse pâteuse, et façonnez-la en tablettes de forme orbiculaire et du poids de 18 grains chacune.

Chaque tablette contient 1/16e de grain de pipéroïde, quantité qui est fournie par un grain de gingembre.

Ces tablettes sont préférables à celles qui sont composées de sucre et de poudre de gingembre. On peut augmenter ou diminuer leur énergie, en changeant la proportion du sucre ou celle de la base médicamenteuse.

Sirop

de pipéroïde de gingembre.

Pr. :	Sirop hydrolique simple.	8 onces.
	Alcoolé de pipéroïde de gingembre.	8 scrup.

Mêlez exactement, et laissez agir pendant 24 heures. Faites passer alors le sirop au travers d'un peu de coton placé dans un entonnoir et conservez.

Ce sirop a une saveur âcre, mais supportable; il est agréable au goût, et plus fort que celui qui a pour base une teinture hydrolique faite avec une quantité de gingembre correspondante.

On doit considérer ce médicament comme magistral, la substance active n'y étant que suspendue, et non en dissolution permanente. Il est susceptible, néanmoins, d'être conservé en bon état pendant un temps assez long.

BIBLIOGRAPHIE.

MAI 1834.

CLINIQUE MÉDICALE, OU CHOIX D'OBSERVATIONS recueillies à l'hôpital de la Charité, par S. ANDRAL, *professeur de la Faculté de médecine de Paris.* — 5e *volume.*

MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR L'ENCÉPHALE ET SES DÉPENDANCES, par F. LALLEMAND, *professeur de la Faculté de médecine de Montpellier.—Lettre septième.*

L'attention semble se porter maintenant avec une préférence marquée vers l'étude des maladies cérébrales. Il y a à peine quelques mois que nous rendions compte de la seconde édition de l'ouvrage de M. Rochoux sur l'apoplexie cérébrale, et de la traduction des recherches d'Abercrombie sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière, que déjà une seconde édition de cette traduction est sous presse, et que nous voyons paraître en même temps les deux ouvrages de deux professeurs de Paris et de Montpellier. Nous applaudissons à cette activité qui se porte vers un sujet spécial, et lors même que ces travaux ne réaliseraient pas toutes les espérances qu'ils ont pu faire concevoir, ils n'en indiqueraient pas moins un changement important dans la disposition des lecteurs, qui ne se contentant plus de traités généraux, de manuels ou même de dictionnaires réclament des recherches spéciales.

Nous allons parcourir successivement ces deux derniers travaux qui n'offrent que peu de points de contact, et dont l'un, celui du professeur Lallemand, sera présenté dans l'analyse que nous allons offrir comme le complément de celui de M. le professeur Andral, bien qu'il soit, comme personne ne l'ignore, dans une direction différente.

Nous n'avons pas besoin de rappeler que le premier est la continuation d'un ouvrage dont les premiers volumes ont acquis à leur auteur une juste célébrité. La haute faveur dont ont joui auprès du public médical les publications de M. le professeur Andral, la position élevée qu'il occupe dans la hiérarchie médicale, l'influence puissante qu'ont exercée ses écrits sur les opinions de notre époque, sont autant de motifs pour nous d'examiner avec attention le volume que nous avons en ce moment sous les yeux, et qui est en entier (il contient plus de 700 pages) consacré à l'étude des maladies de l'encéphale.

Le travail se partage en deux livres où l'auteur étudie séparément les maladies des enveloppes de l'encéphale et celles du cerveau lui-même. Après avoir rapporté plusieurs observations sur un point particulier ou sur plusieurs points, l'auteur présente dans un résumé le résultat de ses observations sous le rapport des lésions anatomiques et des altérations de fonctions, cherchant dans ce rapprochement, à jeter quelque jour, soit sur le nature ou sur le diagnostic de la maladie, soit sur quelqu'une des opinions qui ont été émises récemment sur diverses parties de l'étude des maladies du cerveau. Nous allons le suivre avec attention dans ces recherches, et faire connaître le point où les travaux de M. Andral laissent la plupart des questions relatives à la pathologie du cerveau, et les progrès qu'a faits entre ses mains cette partie importante de la science.

Les observations recueillies par M. Andral, et dans lesquelles la dure-mère était altérée, sont en si petit nombre, qu'il n'a pu en tirer aucune induction importante sur l'étude des maladies de cette membrane. Celles où la pie-mère et l'arachnoïde ont offert des lésions appréciables, ont été au contraire assez nombreuses (24) pour donner lieu à des remarques de quelque valeur sous divers point de pathologie de ces enveloppes du cerveau.

Tout en admettant que, dans les maladies désignées sous le nom d'*arachnitis* ou même de *méningites*, l'anatomie découvre bien plus souvent des lésions dans la pie-mère que dans l'arachnoïde, il ne faudrait pas non plus établir, ainsi qu'ont voulu le faire quelques auteurs, que l'arachnoïde se montre toujours intacte. S'il n'est pas encore démontré qu'on l'ait trouvée quelquefois ou injectée ou épaissie, au moins est-il certain qu'on a rencontré dans sa cavité des produits morbides, tels que du pus, un épanchement de sérosité plus ou moins purulente, et des fausses membranes ou adhérences; aussi ces produits sont les seuls caractères anatomiques de l'inflammation de l'arachnoïde. Quant à la pie-mère, elle offre un plus grand nombre de lésions, lesquelles, d'après M. Andral, se réduisent à peu près aux suivantes : l'infiltration d'une certaine quantité de sérosité quelquefois claire, d'autres fois purulente, ou même de pus plus ou moins concret; l'induration squirrheuse de son tissu, la présence de kystes séreux, de plaques cartilagineuses, de tubercules et d'adhérences. Les petits corps désignés généralement sous le nom de *glandes de Pacchioni* sont considérés ici, et nous croyons avec raison, comme un produit pathologique formé dans la pie-mère.

Nous devons faire remarquer que l'injection des méninges n'est plus indiquée comme un caractère anatomique de leur inflammation. Quant à l'infiltration de la pie-mère par une sérosité claire et peu abondante, nous pensons qu'on ne doit la ranger parmi ces caractères qu'avec la plus grande circonspection, car il arrive très fréquemment qu'on trouve à l'autopsie des sujets qui, pendant leur vie, n'ont présenté aucun symptôme de méningite, une légère couche de sérosité infiltrée dans la moelle de la pie-mère, et qui paraît ne s'y être accumulée que dans des derniers instans de la vie.

La première section du troisième chapitre, dans laquelle

l'auteur étudie les lésions de la sensibilité chez les sujets affectés de méningite, est une œuvre de patience remarquable : ainsi dix-huit pages entières sont consacrées à examiner les différences qu'il peut y avoir, soit dans le siége, soit dans l'intensité de la céphalalgie, chez les sujets affectés de méningite, et chez ceux qui sont atteints d'une fièvre continue grave ; et le résultat de cette longue comparaison, c'est que la céphalalgie est quelquefois plus intense dans la méningite que dans la fièvre continue, mais non toujours; et que le siége de l'altération des méninges est aussi quelquefois, mais non toujours, indiqué par celui de la céphalalgie. Dans un grand nombre de cas la méningite est ou plus étendue, ou beaucoup plus limitée que ne semblerait l'annoncer le siége même de la douleur de tête. Souvent aussi c'est loin du lieu où les méninges sont malades, que se manifeste la douleur. De toutes les lésions de la sensibilité, c'est, d'après les recherches de M. Andral, la céphalalgie qui est la plus constante, et cependant nous venons de voir quel faible secours ce symptôme peut apporter dans le diagnostic de la méningite. Il en est de même des autres altérations de la sensibilité, dont aucune n'existe constamment, et dont aucune n'est nécessairement liée à l'existence de telle ou telle forme de la méningite.

Ce que nous venons de dire des lésions de la sensibilité, nous pouvons le dire également de celles de la motilité, qui se rencontrent plus fréquemment que les premières dans les affections des méninges, mais qui ne sont pas plus constantes que ces dernières, et manquent complétement dans plus d'un cas où l'on trouve cependant après la mort les mêmes désordres anatomiques que dans les cas où ces lésions existent. Avec des lésions semblables sur le cadavre coïncident pendant la vie les désordres les plus variés dans la motilité; dans le plus grand nombre des cas, qu'il y ait convulsion ou paralysie, après la mort la lésion sera la même. La conclusion que tire M. Andral de ce fait important, c'est qu'au-delà de cette lésion dont le scalpel nous montre le siége dans les membranes du cerveau, il y a dans ce cerveau lui-même une modification que ne découvre plus l'anatomiste, et qui est la cause réelle de tous les désordres fonctionnels qu'on voit survenir.

L'altération de l'intelligence est un phénomène plus fréquent dans la méningite, que celles de la sensibilité et de la motilité; et cependant on n'observe rien de constant ni dans l'espèce de cette altération (délire ou coma), ni dans l'époque de son apparition, ni dans ses rapports avec la lésion de telle ou de telle partie des méninges. Il n'est pas vrai, comme l'ont dit quelques auteurs, que le délire appartienne exclusivement à la méningite de la convexité, et que le coma soit propre à la méningite de la base. Les faits démontrent également qu'on a eu tort lorsqu'on a cherché à distinguer le délire produit de la méningite, du délire produit d'une irritation sympathique du cerveau, en établissant que le second seul pouvait se montrer d'une manière intermittente.

Les désordres des fonctions de l'appareil digestif offrent encore peu de données positives pour le diagnostic de la méningite; le plus souvent, il est vrai, la langue n'a rien perdu de son état physiologique, mais il y a tant d'exceptions à cette espèce de règle, qu'elle nous paraît n'avoir qu'une importance très-secondaire. Les vomissemens ou au moins les nausées qui accompagnent très-fréquemment l'inflammation aiguë des méninges, et se montrent presque exclusivement dans les premiers temps de la maladie, dont même souvent ils marquent le début, seront quelquefois utiles pour éveiller l'attention du praticien. Au reste, M. Andral n'a point trouvé que la fréquence des nausées ou des vomissemens fût dans la dépendance du siége de la maladie; ils se montrent à peu près en égale proportion, soit dans la méningite de la convexité, soit dans celle de la base, soit dans celle des ventricules. Rien n'est plus variable que l'état du pouls dans la même maladie; accéléré chez les uns, il ne dépasse pas sa fréquence normale chez les autres, tandis que dans quelques cas il tombe notablement au-dessous. Toutefois, le nombre des cas dans lesquels la fréquence du pouls ne dépasse pas celle de l'état normal, est plus considérable dans la méningite aiguë que dans la plupart des inflammations aiguës des organes thoraciques et abdominaux.

Nous venons de voir les principaux résultats auxquels l'auteur est arrivé sur l'étude de la méningite après avoir comparé entre elles, non-seulement les observations qui lui sont propres, mais aussi celles d'une foule d'autres auteurs recueillies depuis quelques années, et nous voyons quelle incertitude reste encore après tant de travaux sur le diagnostic de cette maladie, comme sur tous les autres points importans de son étude. Nous allons passer maintenant au livre second, qui contient les maladies du cerveau, et d'abord à la congestion cérébrale.

On a rapporté aux *congestions cérébrales* ou à l'hypérémie du cerveau un grand nombre d'états morbides très-différens les uns des autres, par les désordres fonctionnels qui les accompagnent; tantôt donnant lieu à tous les symptômes d'une forte attaque d'apoplexie, et pouvant même produire la mort plus promptement qu'une véritable hémorrhagie cérébrale; tantôt simulant une inflammation aiguë des méninges, etc.

Le rapprochement des cas de cette maladie recueillis par l'auteur, l'a conduit à établir qu'elle peut se présenter sous huit formes différentes qu'il expose; ensuite il aborde l'étude des causes sous l'influence desquelles elle se développe plus spécialement; parmi elles nous remarquons surtout les suivantes :

L'élévation de la température de l'atmosphère paraît être une sorte de disposition à cette maladie, ainsi qu'il est démontré par les recherches de plusieurs auteurs modernes et spécialement par celles de M. le docteur Falret. Outre cette influence, il y a cependant encore des temps où, tout à coup, sans cause connue, les hypérémies cérébrales, avec ou sans épanchement de sang, se montrent en plus grand nombre et deviennent comme épidémiques. Baglivi, Lancisi et dernièrement M. Leuret, ont publié des cas de ce genre fort remarquables.

L'électricité, les boissons alcooliques, tous les poisons narcotiques ont encore pour effet commun, de déterminer dans l'encéphale, une congestion plus ou moins forte, ainsi que l'exercice forcé de l'intelligence, quelques affections particulières telles que l'épilepsie, l'hypertrophie du cœur, etc.

La pléthore générale n'est pas la seule condition sous l'influence de laquelle apparaissent les symptômes de congestion

cérébrale. On la voit coïncider avec un état d'anémie remarquable. L'auteur rapporte avoir observé dernièrement une hémorrhagie cérébrale mortelle chez une femme atteinte d'un cancer de l'utérus, et profondément affaiblie par les métrorrhagies très-abondantes qu'elle avait fréquemment. Des cas analogues ont été observés déjà par Abercrombie, Denman, Travers et autres, et ne permettent pas de douter que les pertes abondantes de sang ne disposent d'une manière toute spéciale à la congestion encéphalique.

M. Andral paraît disposé à attribuer les désordres fonctionnels qui surviennent dans ces cas à l'anémie des centres nerveux eux-mêmes; la diminution de la quantité de sang devant, d'après lui, produire les mêmes effets que la présence d'une quantité de sang surabondante; mais outre que cette explication serait peu d'accord avec le fait qu'il avait rapporté quelques pages avant, où il a vu une hémorrhagie cérébrale survenir chez une femme anémique, et les faits analogues rapportés par les auteurs dont nous venons de rappeler les noms, la réaction qui se fait dans la plupart des cas à la suite d'une saignée abondante, et qui est plus manifeste au cerveau que dans les autres agens, nous semble suffire dans la plupart des cas pour donner l'explication de ce fait important. Il est cependant évident que quelques-uns de ces désordres fonctionnels dépendent de l'action immédiate de la perte de sang ou de l'anémie du cerveau, tels que la syncope, les convulsions, etc.

Cette distinction, qui a été bien établie par le docteur Marchall-Hall, est d'une grande importance pour la solution de plus d'un problème de médecine pratique. Ce n'est, dit M. Andral, qu'en admettant, par exemple, que tout délire n'est pas le résultat d'une congestion cérébrale, qu'on peut concevoir les effets vraiment merveilleux que produit l'opium dans certains délires qu'on a désignés sous le nom de délire nerveux; nous ajouterons volontiers et l'efficacité non moins merveilleuse des substances stimulantes, le vin, l'alcool, dans des cas qui ont toute l'apparence d'une congestion cérébrale, et qui ont été signalés par Abercrombie, Marchall-Hall et Gooch.

M. Andral pense que l'on emploie avec une réserve trop méticuleuse les purgatifs dans le traitement de la congestion cérébrale; nous recommandons surtout la lecture du passage où il traite cette question aux médecins qui n'ont recours aux purgatifs qu'à des doses ou à une époque qui ne permettent d'en espérer aucun succès.

Dans les observations sur les *hémorrhagies cérébrales*, M. Andral cherche spécialement à déterminer les différens désordres fonctionnels auxquels donne lieu l'hémorrhagie cérébrale, et jusqu'à quel point les différences que ces désordres présentent peuvent être expliquées, soit par l'étendue de l'épanchement, soit par la différence même de son siége; et ici comme dans ce qui précède nous trouvons plus d'erreurs combattues que d'idées nouvelles; mais comme on est un peu revenu de l'enthousiasme que pendant quelque temps on a eu pour les résultats merveilleux fondés sur un petit nombre de faits seulement, nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens dans lesquels il entre pour démontrer que dans l'état actuel de la science on ne peut assigner dans le cerveau un siége distinct aux mouvemens des membres supérieurs et inférieurs, ni expliquer toutes les modifications des mouvemens de la langue chez les sujets paralytiques, ou les différens modes de perversion de la sensibilité. C'est en vain aussi que l'auteur a cherché le siége spécial de l'hémorrhagie dans les cas où la vue restait éteinte et dans ceux où les facultés intellectuelles avaient éprouvé une altération notable. Il a vu non-seulement la perte de connaissance coïncider avec l'hémorrhagie de tous les points possibles des hémisphères cérébraux, mais encore il la retrouve dans des cas où l'hémorrhagie avait son siége hors des hémisphères, dans le cervelet, par exemple, ou dans le mésocéphale; de même encore on ne peut rattacher constamment l'abolition de la parole, comme M. Bouillaud avait pensé qu'on pouvait le faire, à l'altération des lobes antérieurs du cerveau; car sur trente-sept cas que M. Andral a réunis, et dans lesquels l'altération résidait dans l'un des lobules antérieurs ou dans tous les deux, la parole a été abolie vingt fois et conservée seize; d'un autre côté il a rassemblé en même temps quatorze cas, où il y avait abolition de la parole sans altération de ces lobules; de ces quatorze cas, sept étaient relatifs à des maladies des lobules moyens, et sept autres à des maladies des lobules postérieurs.

Le *ramollissement cérébral* est un des points les plus importans de la pathologie du cerveau; aussi près d'un tiers du volume est consacré à son étude; les trente-trois observations particulières de ramollissement du cerveau, recueillies par l'auteur, sont consignées en cinq groupes. Le premier contient celles où le ramollissement cérébral est resté complétement latent; le second, celles où une altération de la motilité a été le seul désordre fonctionnel des centres nerveux; le troisième comprend quelques cas où la lésion de la sensibilité a été le phénomène prédominant; dans le quatrième sont rapportés ceux où des désordres variés du mouvement et du sentiment coïncidaient avec une altération de l'intelligence ou de la parole; le cinquième enfin renferme tous les cas où la perte de la parole était le seul désordre fonctionnel.

Le premier groupe n'est composé que de quatre observations mais dans lesquelles le ramollissement cérébral n'a déterminé ni douleur de tête, ni désordre de l'intelligence, ni altération du mouvement, ni troubles des sensations; rien en un mot, qui ait pu faire soupçonner pendant la vie que les centres nerveux fussent affectés d'une manière quelconque. « Ainsi, dit l'auteur, nous sommes obligés de reconnaître qu'il y a des lésions organiques sans symptômes, comme il y a des symptômes sans lésion appréciable qui puisse en rendre compte. » Et dans ces quatre cas l'absence des symptômes ne saurait être expliquée par le siége particulier de l'altération; chez un sujet le ramollissement se trouvait vers la base du lobe antérieur; chez deux autres à la base des deux lobes postérieur et moyen, et chez le quatrième il occupait les circonvolutions de la face supérieure de l'un des hémisphères.

On a dit que, dans tous les cas de ramollissement du cerveau, il y avait une époque de la maladie où les membres offraient à des degrés divers le phénomène de la contracture. Le second groupe contient plusieurs observations qui démontrent que ce phénomène n'est pas constant; et qu'à sa place on peut trouver soit une simple paralysie, soit d'autres désordres du mouvement, tels que les convulsions ou une

raideur tétanique. Sur neuf observations que renferme ce groupe, dans quatre on a observé la contracture, dans cinq elle a été remplacée par quelque autre désordre fonctionnel du système musculaire. Plusieurs de ces observations nous démontrent aussi qu'on a eu tort de dire, comme l'ont fait quelques auteurs, que la céphalalgie est un des symptômes les plus constans du ramollissement, et qu'elle en marque surtout le début; si on observe la céphalalgie dans beaucoup de cas, il en est aussi un certain nombre où elle n'existe à aucune époque de la maladie.

Si à ces vérités déjà nombreuses nous joignons celles que présentent, soit dans leur intensité, soit dans leurs variétés, les désordres du sentiment et de l'intelligence, nous en conclurons avec l'auteur qu'on ne peut donner, dans l'état actuel de la science, une description générale du ramollissement du cerveau. » Comment faire ressortir suffisamment toutes les individualités; car chaque fait a véritablement une physionomie à lui. Dans chacun d'eux, ce ne sont pas seulement les symptômes qui ne sont pas les mêmes; mais ce sont encore des symptômes semblables qui s'enchaînent ou se succèdent de la manière la plus diverse, d'où résultent pour une même lésion anatomique plusieurs formes morbides qui pourraient être placées dans les cadres nosologiques à une grande distance les unes des autres. »

L'altération anatomique offre également la même variété dans son aspect. Dans beaucoup de cas, la seule modification de la substance cérébrale, c'est sa diminution de consistance avec ou sans décoloration complète, décoloration signalée par M. Lallemand comme le produit d'une infiltration de la substance du cerveau par une matière purulente; mais M. Andral fait observer avec raison que dans beaucoup de cas rien ne démontre qu'il en soit ainsi. Voilà déjà deux formes qui doivent être distinguées l'une de l'autre; viennent ensuite les injections à divers degrés, les infiltrations séreuses ou purulentes, etc.

Ces différens aspects, se demande M. Andral, se rapportent-ils à des lésions de nature diverse? Ne sont-ils que des degrés plus ou moins avancés d'une même maladie? Il rejette loin de lui cette idée et regarde le ramollissement du cerveau comme une altération spéciale de la nutrition qui peut survenir sous l'influence de conditions morbides bien différentes les unes des autres. Chercher à bien déterminer ces conditions diverses, voilà le travail à faire; travail difficile, sans doute, mais d'une bien autre importance que celui dans lequel on s'est épuisé dans ces derniers temps, lorsqu'on a voulu ramener tout ramollissement cérébral à n'être qu'une des formes ou qu'un des degrés de l'inflammation des centres nerveux. Nous regrettons vivement qu'ici le savant auteur n'ait indiqué qu'en passant quelques-unes de ces conditions qu'il regarde comme susceptibles de concourir à la production d'un certain nombre de ramollissemens, et parmi lesquelles il indique spécialement l'ossification des artères et l'*appauvrissement* du sang. Il va même, dans ses doutes sur la fréquence du ramollissement inflammatoire, plus loin qu'on ne serait tenté de le penser au premier abord. Ainsi, il ne croit pas que la présence d'une quantité insolite de sang, au milieu d'un tissu ramolli, soit une démonstration suffisante que la cause de son ramollissement soit l'irritation.

Parmi les organes que l'on trouve quelquefois altérés chez les sujets qui succombent avec un ramollissement, un seul a paru recevoir une influence directe de la lésion cérébrale: c'est le poumon. On est frappé dans les autopsies de ces sujets de l'engouement séreux très-considérable dont il est fréquemment le siége. Aussi est-ce par le poumon que meurent un certain nombre d'individus atteints de ramollissement cérébral.

Nous trouvons des recherches curieuses sur les parties du cerveau qui sont le plus fréquemment frappées de ramollissement, sur l'âge auquel cette maladie s'observe le plus fréquemment. Ainsi sur 117 cas réunis dans divers auteurs, le ramollissement occupait les lobes moyens dans 37, les corps striés dans 28, les lobes antérieurs dans 27, les lobes postérieurs dans 16, les couches optiques dans 15, etc. La période de la vie comprise entre 65 et 75 ans est celle qui donne le chiffre le plus élevé.

L'état du pouls est l'un des points les plus importans dans l'étude d'une maladie aussi obscure que le ramollissement cérébral. Voici le résultat obtenu par M. Andral sur 227 cas recueillis dans divers auteurs:

Pouls normal,	26 fois
— ralenti,	15
— accéléré,	72
— d'abord normal, puis fréquent,	10
— d'abord fréquent, puis ralenti,	2
— n'ayant pas été noté sous le rapport de sa	
— fréquence,	97

La durée de la maladie offre également de très-grandes variétés; sur 105 cas où elle a été indiquée avec soin, quatre sujets seulement ont succombé avant le second jour; le plus grand nombre, au contraire, sont morts entre le deuxième et le douzième jour. A la fin du premier mois, seize survivaient encore; après le troisième, il n'en restait plus que sept; et parmi ceux-ci deux résistèrent pendant trois années à une maladie aussi grave.

Le ramollissement cérébral peut-il se terminer d'une manière heureuse? M. Andral ne peut résoudre cette question dans l'état actuel de la science; il croit même que M. Lallemand n'a pas suffisamment démontré que l'induration circonscrite d'un des hémisphères soit quelquefois l'indice d'un ramollissement qui a guéri. Nous n'avons pas besoin de dire qu'après tant de doutes et d'incertitudes sur les points les plus importans de cette maladie, on ne peut établir des indications thérapeutiques positives.

L'*hypertrophie des hémisphères cérébraux* a été jusqu'ici assez peu étudiée pour que cette maladie soit encore presque inconnue de la plupart des médecins, et même pour que l'on puisse douter que, dans les cas où on l'a observée, les symptômes remarqués pendant la vie fussent le résultat de l'hypertrophie.

M. Andral distingue l'hypertrophie des hémisphères cérébraux, décrite par MM. Bouillaud et Dance, de celle produite par une simple hypérémie du cerveau. Bien plus même, il pense que cette dernière n'entraîne pas nécessairement la production de la première; car il ne l'a pas rencontrée chez un certain nombre d'individus qui depuis long-temps étaient sujets aux congestions cérébrales, et c'est seulement par une

induction purement théorique que l'on peut admettre qu'une des conséquences de la répétition fréquente de l'hypérémie cérébrale peut-être la production d'une hypertrophie.

Ainsi, les causes de cette lésion morbide sont encore plus obscures que celles de la plupart des autres maladies du cerveau. Quant aux symptômes, ils offrent la plus grande variété.

Peut-on considérer, avec un auteur moderne, cette hypertrophie comme un premier degré d'encéphalite? Mais alors pourquoi la substance nerveuse, augmentée de consistance, est-elle en même temps décolorée? Une inflammation ne devrait-elle pas produire l'effet contraire?

Le *cancer du cerveau*, bien qu'assez rare, a été cependant beaucoup plus fréquemment observé que l'hypertrophie et l'atrophie de ce même organe; ainsi, nous trouvons ici 43 cas recueillis par l'auteur ou empruntés à différens ouvrages.

Les causes sous l'influence desquelles se développe le cancer du cerveau ne sont pas mieux connues que celles qui le produisent dans les autres parties du corps. Comme tous les autres produits accidentels développés dans le cerveau, le cancer n'y révèle sa présence par aucun symptôme caractéristique. Suivant sa position, son volume, l'état de la substance nerveuse qui l'entoure, et enfin suivant la manière toute vitale dont le cerveau est affecté par sa présence, ce produit s'accompagne d'accidens divers, et c'est bien moins par leur nature même que par leur mode d'apparition et d'enchainement, et par l'ensemble des circonstances de la maladie, qu'on peut parvenir à en établir le diagnostic.

Les *maladies du cervelet* sont encore plus rares que celles des hémisphères cérébraux. M. Andral en a recueilli seize cas dans un espace de quinze années d'observation dans les hôpitaux. Il les rapporte successivement et en rapproche ceux du même genre qui ont été déjà publiés par divers auteurs, cherchant à tirer de ces différens cas quelques conséquences relatives à la nature des désordres fonctionnels auxquels donnent lieu les lésions du cervelet. Ces conséquences sont peu nombreuses, et tendent plutôt à renverser des opinions émises ou adoptées sans fondement qu'à présenter quelques données nouvelles, ainsi que nous l'allons voir par quelques-unes des propositions suivantes, extraites textuellement.

« L'hémorrhagie du cervelet ne diffère en rien, par ses symptômes, de celle du cerveau. La sensibilité générale n'offre aucun désordre spécial; elle est tout simplement obtuse ou détruite, comme dans les cas d'hémorrhagie cérébrale. Quant à l'appareil génital, il n'a rien présenté de notable, excepté chez une femme, chez laquelle l'utérus était le siége d'une congestion remarquable. Parmi les hommes, aucun n'a eu d'érection. Sur 36 cas de différentes affections du cervelet analysés par M. Andral, il n'est question que trois fois de l'appareil génital. Nous voyons d'après ces recherches combien nous sommes loin d'être arrivés au point de pouvoir attribuer des fonctions différentes aux diverses parties du cerveau, et nous dirons avec l'auteur qu'il n'est rien qui puisse être aussi fatal à la belle doctrine de la localisation des fonctions cérébrales que toutes les localisations prématurées que l'on a voulu faire dans ces derniers temps.

Si, après avoir parcouru rapidement, comme nous venons de le faire, ce volume de la clinique médicale de M. le professeur Andral, nous cherchons à recueillir l'impression générale qu'a produite sur nous sa lecture, nous trouvons que, malgré d'immenses recherches, il y a peu d'idées neuves, point de résultats particuliers à l'auteur, et différens de ceux obtenus jusqu'à lui; à peine quelques questions un peu hardies proposées à l'examen de nouveaux observateurs. Ainsi, sous ce rapport, le volume que nous venons d'analyser présente peu de progrès dans l'étude des maladies du cerveau; mais ce qui fait le mérite de ce travail, c'est de nous exprimer réellement l'état actuel de la science sur beaucoup de points de cette étude, après avoir réduit à leur juste valeur les merveilleuses découvertes d'un grand nombre d'auteurs modernes. L'enchainement des faits, la clarté des réflexions qui les suivent et qui les lient, ne permettent plus de doutes sur quelques-unes des questions jusqu'ici controversées. Nous regrettons cependant que le traitement de tant d'affections occupe aussi peu de place dans ce gros volume. C'est à peine si nous avons trouvé quelques mots sur la thérapeutique d'un petit nombre de ces maladies. Quelques lignes sur l'emploi de l'opium dans certaines formes de congestions cérébrales et plusieurs pages sur l'emploi des purgatifs, nous font regretter que l'auteur n'ait pas dirigé davantage ses recherches vers ce sujet important, et n'ait pas apporté dans son examen cette lucidité, cette indépendance avec lesquelles il a traité les questions d'anatomie pathologique et de diagnostic que nous venons de parcourir.

La septième lettre des *recherches anatomico-pathologique sur l'encéphale et ses dépendances* traite uniquement des indurations fibreuses, fibro-cartilagineuses et cartilagineuses développées dans le cerveau. Ici, comme dans les deux premiers volumes de son ouvrage, l'auteur suit la direction contre laquelle nous venons de voir le professeur Andral s'élever avec de justes raisons, et rattache ces productions à l'inflammation. De même que, dans la cinquième lettre, nous l'avons vu recueillir tous les cas où l'on a trouvé après la mort des tumeurs qui offraient dans leur intérieur une coloration rouge plus ou moins répandue, et qu'il avait désignées d'une manière générale sous le nom de tumeurs rouges, et les rapporter toutes à l'inflammation de la substance cérébrale, de même toutes les tumeurs dont l'étude fait le sujet de cette septième lettre, et qui souvent ne diffèrent des premières que par une densité plus considérable et par l'absence d'une petite quantité de sang épanché dans leur intérieur, sont toutes le produit de l'encéphalite. Cependant l'auteur rapproche ces dernières, non des tumeurs rouges dont nous parlions à l'instant, mais de l'altération qu'il a décrite sous le nom de cicatrices dans sa sixième lettre, et à l'occasion desquelles nous venons de voir l'opinion du professeur Andral sur ce point spécial de la pathologie cérébrale.

L'absorption plus ou moins rapide, plus ou moins complète des fluides infiltrés dans le tissu des poches enflammées ou congestionnées, donne à M. Lallemand l'explication de la formation de ces tumeurs, et des divers aspects sous lesquels elles peuvent se présenter, depuis l'abcès, enkysté ou non, formé par un pus fluide, jusqu'à la plaque cartila-

gineuse ou même osseuse. Si une grande quantité d'eau est absorbée, la matière prend plus de consistance et change d'aspect, dit M. Lallemand; on ne s'occupe plus alors de son origine, mais des objets auxquels on peut la comparer, et l'altération prend différens noms, suivant l'aspect ou la nature des matériaux contenus dans le kyste : c'est tantôt un *mélicéris*, un kyste *stéatomateux*, *atéromateux*; tantôt une tumeur abdominale enkystée; d'autres fois la matière est comparée à de l'empois, etc. Quant aux couches de fibres que l'on observe quelquefois dans l'intérieur de ces tumeurs, suivant des directions différentes, voici comment M. Lallemand en explique la formation. A la suite de chaque inflammation de la substance cérébrale qui entoure la tumeur, cette substance passe de l'état de ramollissement à l'état d'induration. Si les récidives sont rapprochées, les indurations se confondent, et la paroi du kyste prend beaucoup d'épaisseur; si les attaques sont séparées par de longs intervalles, les indurations restent distinctes, et de nouvelles enveloppes s'ajoutent successivement à la première.

Bien que nous ne puissions entrer ici dans une discussion qui exigerait de longs développemens, nous devons cependant dire quelques mots sur cette explication. Quel que soit le talent, la facilité avec laquelle elle est présentée, quelque simple qu'elle paraisse, nous ne sommes pas du tout convaincus que toutes les tumeurs fibreuses ou fibro-cartilagineuses que l'on trouve dans le cerveau, reconnaissent cette origine; ou plutôt nous sommes persuadés du contraire, et notre conviction n'est nullement ébranlée. Ainsi nous avons vu plusieurs fois des tumeurs fibreuses ou stéatomateuses développées dans l'intérieur du cerveau, et qui n'offraient d'autre rapport avec la substance cérébrale voisine, que d'être en contact immédiat avec elle, et de l'avoir écartée pour se loger entre ses fibres. Le plus souvent les tumeurs fibreuses sont énucléables, et évidemment ne se sont point développées aux dépens de la substance du cerveau.

Il n'est pas plus facile d'expliquer comment l'inflammation peut produire au milieu d'un organe parenchymateux, tel que le cerveau, les collections de matières *albumineuses* qui composent quelquefois presque uniquement les tumeurs fibreuses. Mais cette difficulté n'arrête pas M. Lallemand, car, selon lui, les produits de l'inflammation varient dans les mêmes tissus, suivant les dispositions de l'économie, l'intensité de la maladie, ses diverses périodes, etc. Des collections albumineuses ont été trouvées dans le cerveau, après des symptômes non équivoques d'encéphalite, à côté de ramollissemens, d'abcès, d'indurations, de cicatrices : ces collections doivent donc être attribuées, comme les altérations voisines, à des encéphalites variables, par leur ancienneté, par leur intensité, par leur durée, etc. Quelque applicables que soient ces raisons à plusieurs productions particulières, et quelque spécieuses qu'elles paraissent même dans cette occasion, cependant elles ne nous démontrent point que la présence de l'albumine dans ces tumeurs soit le résultat de l'inflammation. Nous avons rapporté la manière dont l'auteur explique ici la formation de ces tumeurs fibreuses, et la production d'un de leurs élémens, afin de faire connaître les principes qui le dirigent dans ses recherches, et de faire prévoir à l'avance l'application qu'il fera de ces mêmes principes lorsqu'il s'occupera des tubercules et des cancers du cerveau, avec lesquels les tumeurs fibreuses ont dans quelques cas des rapports si intimes.

Dans l'étude des causes qui ont présidé au développement de ces tumeurs, M. Lallemand n'en trouve qu'une seule qui mérite une attention particulière, c'est l'infection vénérienne. Plusieurs questions se présentent ici et sont examinées avec tout le talent d'investigation qu'il possède à un haut degré. Ainsi il démontre par des faits que la substance cérébrale est susceptible d'être influencée primitivement et directement par le virus vénérien; ensuite il recherche si les affections de l'encéphale dues primitivement ou consécutivement à une cause vénérienne ont des caractères particuliers, comme cela s'observe pour les diverses formes sous lesquelles se manifeste habituellement la syphilis; et il fait observer que dans les cas où la maladie était consécutive, elle avait commencé par les os du crâne ou les tégumens où elle avait conservé ses caractères ordinaires.

Sous le rapport anatomique, les altérations les plus récentes n'ont rien présenté qui pût les faire distinguer des ramollissemens ou des suppurations ordinaires. Quant à celles que leur aspect ou plutôt leur dureté fait considérer par M. Lallemand comme plus anciennes, il n'a pu arriver encore à un résultat positif; aussi ne présente-t-il que sous forme dubitative la question suivante : Les affections cérébrales développées sous l'influence du virus vénérien, auraient-elles donc, comme les exostoses, les pustules, les végétations, les ulcérations, les caries vénériennes, quelque caractère distinctif? Au milieu de ces questions il en est une que nous regrettons de n'avoir pas trouvée traitée avec toute l'érudition et la force de raisonnement dont l'auteur a fait preuve ailleurs; c'est celle du diagnostic de ces maladies. Cette question aurait cependant réclamé, à notre avis du moins, plus d'attention que celle de leur nature inflammatoire; car, quelle que soit leur nature, c'est en réalité sur l'étude de leurs causes et conséquemment de leur diagnostic que repose le traitement qu'elles réclament, ainsi que le fait observer avec raison M. le professeur Lallemand.

Il est évident, pour nous au moins, qui cherchons à ramener tous nos travaux à l'application pratique, qu'ici le nécessaire a été sacrifié à l'accessoire; mais nous ne devons point oublier que cet ouvrage, ainsi que celui du célèbre professeur de Paris, que nous venons de parcourir, ne sont que des études sur différens points des maladies cérébrales, mais qu'ils n'embrassent pas toute l'étendue de ces études. Ces ouvrages ne contiennent que ce que leurs auteurs appellent la base de ces études. On ne peut élever une vaste construction en un jour, et il faut en jeter d'abord les fondemens d'une manière solide. Les applications pratique les indications thérapeutiques viendront ensuite. Pour nous, qui ne nous faisons point illusion sur l'avenir que la science attend des travaux des écoles anatomique et physiologique, auxquelles appartiennent les ouvrages des deux célèbres professeurs que nous venons d'examiner, et qui n'avons pas besoin de renouveler à nos lecteurs notre profession de foi sur l'utilité de ces travaux, presque exclusivement consacrés à l'étude anatomique, nous nous contentons pour le moment de hâter de nos vœux ces résultats pratiques tant de fois promis, et par l'analyse que nous

venons de donner des travaux de deux savans que l'on peut regarder comme chefs de deux écoles rivales, de mettre nos lecteurs à même de juger ce qu'ils peuvent attendre de la direction imprimée par ces écoles aux travaux de notre époque.

MANUEL DES MALADIES SPÉCIALES DE LA PEAU (vulgairement connues sous le nom de *dartres*, *teignes*, *lèpre*, etc.);

Par C. M. GIBERT,

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, professeur particulier de pathologie cutanée. — 1 vol. gr. — in-18. — Paris, 1834, chez Deville Cavellin.

Depuis plusieurs années, M. Gibert se livre à l'enseignement de la pathologie cutanée : élevé à l'école de M. Biett, nourri de la substance des écrits des meilleurs auteurs anciens et modernes, fort de l'observation répétée des faits, il a cru faire une chose utile aux élèves et aux médecins, en rassemblant dans un *Manuel* tout ce que la science possède d'important à recueillir sur cette intéressante spécialité. Bornant ses désirs à composer un livre pratique, s'inclinant modestement devant les illustrations contemporaines qui se sont crues appelées à fonder un monument d'un ordre plus relevé, l'auteur s'est efforcé de rendre justice à tous, et ce n'est pas dans son ouvrage qu'on pourra regretter de voir du vieux présenté comme du neuf, ou des réputations méritées attaquées par la partialité ou l'envie.

Bien qu'en suivant les traces de M. Biett, il ait préféré la classification de Willam et de Bateman à celle de notre célèbre dermatologue, le baron Alibert, il s'est bien gardé d'imiter ceux de nos modernes écrivains qui n'ont pas cru devoir utiliser les nombreux matériaux qu'offrent les œuvres de ce célèbre professeur : tout au contraire, puisant abondamment dans les écrits contemporains, comme dans ceux de l'époque la plus reculée, M. Gibert a voulu qu'on ne pût lui reprocher d'avoir rien omis de ce qui pouvait contribuer à l'instruction de ses lecteurs. Peut-être, néanmoins, et malgré la censure un peu vive qu'il a prononcée sur cet objet, regrettera-t-on qu'il ait renoncé à l'usage des *planches*, aujourd'hui si général et souvent si favorable à l'intelligence du texte. Nous trouverons d'ailleurs ample matière à consolation, sous ce rapport, dans la nouvelle édition du grand ouvrage de M. Alibert... ; car, nous persistons à croire que si, comme le dit, avec raison, notre auteur, les figures les plus belles sont loin de donner toujours une idée juste des maladies qu'elles sont destinées à représenter, il est cependant quelques-unes de ces maladies qui peuvent être et qui ont été déjà assez fidèlement retracées par le pinceau de l'artiste. Mais ceci n'est qu'un accessoire ; hâtons-nous d'en venir au corps même de l'ouvrage.

Comme dans l'abrégé pratique de Bateman, que M. Gibert a pris pour guide et pour modèle, les maladies de la peau y sont classées en huit ordres fondés sur la considération de la forme apparente de l'altération de texture ou de coloration des tégumens (*exanthèmes*, *vésicules*, *pustules*, *tubercules*, etc.). De chacun de ces ordres sont exclues les maladies qui sont du domaine de la pathologie ordinaire, et qui sont bien décrites partout, comme l'*érysipèle*, pour l'ordre des exanthèmes, la *variole*, dans l'ordre des pustules, etc. A chacun d'eux au contraire est rattachée la description des *syphilides* ; la syphilis, en effet, a le privilége de reproduire toutes les formes *papuleuse*, *pustuleuse*, *tuberculeuse*, etc. ; mais toujours avec des caractères spéciaux qui permettent de distinguer les affections cutanées *vénériennes* des autres maladies de la peau, qui ont la même forme élémentaire. Les *scrophules*, d'un autre côté, ne se présentent guère que sous la forme *tuberculeuse*, ce mot étant pris dans l'acception spéciale qu'il a dans le langage de la pathologie cutanée. L'ouvrage est terminé par un résumé général de l'histoire des *syphilides*, dont les traits principaux disséminés dans les divers chapitres qui précèdent, sont alors offerts réunis et rattachés à l'histoire générale de la maladie vénérienne. Une table alphabétique détaillée facilite les recherches du lecteur, et reproduit les noms divers sous lesquels ont été désignées plusieurs maladies de la peau, sans excepter même les noms populaires, tels que ceux d'*efflorescence*, *feux de dents*, *dartre vive*, etc.

En tête de ce *Manuel* sont placées des *considérations générales* qui ont fixé notre attention d'une manière particulière. C'est là que sont discutées les questions relatives à l'*étiologie*, à l'*hérédité*, à la *contagion*, au *traitement* des dartres. Dans cette partie, l'une des plus intéressantes du livre, où l'on remarque surtout un aperçu *historique* fort curieux, l'auteur s'est servi avec beaucoup d'avantage des faits nombreux et intéressans consignés dans les ouvrages de M. Alibert.

Pour donner une idée précise de la manière dont M. Gibert a envisagé son sujet, nous ne saurions mieux faire que de consigner ici le début du chapitre qui traite de la *lèpre* (ordre des *squammes*) :

« § I. Dans la classification anglaise, le mot *lepra* a une tout autre acception que celle que lui donne le vulgaire des médecins. Ce n'est plus cette maladie grave et hideuse, qui inspire l'horreur et le dégoût, et qui, trop souvent, devient funeste au malheureux qui en est atteint : celle-ci, décrite par M. Alibert sous le nom de *lèpre tuberculeuse*, appartient à l'ordre suivant (*tubercules*), et sera étudiée plus loin sous son véritable nom (*éléphantiasis* des Grecs) : c'est une affection qui se rapproche tout-à-fait des maladies dartreuses ordinaires, et qui, à cause de cela, a été rangée par l'auteur que nous venons de citer dans le groupe des *dermatoses dartreuses*, avec le titre de dartre furfuracée arrondie (*herpes furfuraceus circinatus*).

« Mais avant de donner la signification précise de notre genre *lepra*, il ne sera pas inutile de rapporter les paroles de quelques auteurs anciens et modernes qui nous aideront beaucoup à éclaircir le sujet.

« On trouve, dans la version latine (1) du texte grec de

---

(1) Pour la commodité du lecteur nous avons traduit en français ce passage et les suivans.

Paul d'Egine (auteur du septième siècle), le passage suivant, au chapitre intitulé *de leprâ et psorâ* :

« Les affections *lepra* et *psora* consistent essentiellement en une rugosité écailleuse de la surface des tégumens, et ont leur origine commune, dans l'*atrabile*. » Mais la *lèpre* est caractérisée par des érosions *circulaires* qui se recouvrent d'écailles analogues à celles de l'enveloppe des poissons, tandis que le *psora* est une affection plus superficielle qui donne lieu à une desquammation » plus *furfuracée* encore que *squammeuse*. »

« *Mercurialis* traduit par le mot *scabies* des Latins, le mot Ψωρα des Grecs, et il s'exprime ainsi au Ch. V. *de leprâ* :

« Une autre affection du même genre que le *scabies*, » d'après les témoignages de Galien, d'Oribase, de Paul » d'Egine et de beaucoup d'autres auteurs, est celle qui » est connue sous le nom de *lepra*. Ce nom, d'après » *Actuarius* qui partage en cela l'avis des autres écrivains » grecs, lui vient de sa forme écailleuse, du mot grec λεπις, » écaille (απώ τῶν λεπίδων, dit Mercurialis). Un autre » auteur a néanmoins voulu faire dériver le nom de *lepra* » du mot λεπρυνεσται, qui signifie devenir rugueux et » blanchir. »

« Lorry (*trad. de morb. cutan.* in-4°, p. 223), dans le chapitre intitulé *de psorâ* et *scabie*, s'exprime en ces termes :

» Hippocrate (*de affect. Aph.* § 3. *Prænot. et alibi*) » paraît avoir désigné sous le nom de Ψώρα, diverses affections prurigineuses, et non pas seulement la maladie » spéciale qui fait l'objet de ce chapitre. Si l'on voulait apprécier d'une manière exacte les termes employés par le » père de la médecine, on trouverait, en définitive, qu'il » n'a réellement reconnu que trois sortes d'affections cutanées, savoir, les genres *psora*, *lepra* et *lichen*. Et » même dans le livre *de affectionib.* il ne sépare pas ces » trois genres l'un de l'autre, dans la méthode de traitement qu'il conseille. Galien de même, ainsi que presque » tous les autres auteurs grecs, ont à peine distingué le » *lepra* du *psora*, et n'ont guère établi entre ces deux » affections qu'une différence de degré : aussi Celse paraît-il » être le premier qui ait traité du *scabies* (ou *psora*), » comme d'une maladie particulière... Plus loin (*de leprâ* » *Græcorum*, p. 365), le même auteur ajoute ces paroles remarquables :... Il suffit de ce que nous avons dit, » pour comprendre que la *lèpre* des Grecs n'est pas aussi » rare de nos jours, ni aussi redoutable qu'on pourrait le » croire, et que cette affection, comme l'avaient justement » remarqué les anciens, doit être rattachée aux maladies » *psoriques*. »

« On lit la note suivante au chapitre *lepra* de l'abrégé » pratique de *Bateman* :

« ... La confusion qui a eu lieu toutes les fois que l'on a » employé les mots *lepra* et *leprosi*, paraît être due aux » écrivains qui ont traduit les ouvrages arabes, après la » naissance des lettres. Les Grecs donnèrent, d'un commun » accord, le nom de λεπρα à une éruption squammeuse » (comme l'indique l'étymologie, λεπις, écaille). La plupart d'entre eux regardèrent cette maladie comme le » degré le plus élevé de l'affection *squammeuse*... (dont » le genre ψωρα était un autre degré). Les auteurs qui » ont fait leur description avec l'exactitude la plus minutieuse, disent : que cette maladie se manifeste sur la » peau sous la forme de taches *circulaires* ; qu'elle en affecte profondément le tissu, en même temps qu'elle produit des écailles semblables à celles des poissons... Mais » ceux qui ont traduit les ouvrages des Arabes en latin, » ont commis une erreur bien plus grande, en appliquant » la dénomination grecque à une maladie *tuberculeuse*, » qui a été décrite par les Grecs sous le nom d'*éléphantiasis*... Voilà pourquoi leurs successeurs qui ont connu » cette erreur, traitèrent de la *lèpre* décrite par les Arabes, comme de celle qui a été retracée par les médecins grecs ; tandis que des écrivains moins exacts » ont compris, sous le nom de lèpre, *toute maladie* » *de la peau caractérisée par des formes hideuses*. » Les Arabes eux-mêmes n'emploient pas, dans leurs » ouvrages, le mot *lèpre*, mais ils ont décrit ces maladies, » en leur donnant des noms plus convenables. »

« Nous avons cru (poursuit M. Gibert) devoir rapporter ces divers passages pour établir, 1° que les mots *psoriasis* et *lepra* doivent s'appliquer à des affections cutanées, de même nature, et qui ne diffèrent entre elles que par des nuances de forme, en sorte qu'on peut très bien n'en faire que deux variétés de la même maladie ; 2° que le nom de *lepra* doit être exclusivement réservé à une maladie *squammeuse*, etc. »

Nous regrettons de ne pas pouvoir suivre plus loin notre auteur qui s'efforce ensuite de distinguer la lèpre des Grecs de celle des Hébreux, devenue fort rare aujourd'hui... ; nous en avons assez dit pour faire voir comment, dans le *Manuel* de M. Gibert, sont traitées les questions obscures et difficiles. Le recours aux autorités *historiques* est, sans contredit, le meilleur moyen de résoudre cette sorte de question, en même temps qu'il offre la voie la plus sûre pour ne pas retomber, en croyant faire du nouveau, dans de vieilles erreurs.

Nous espérons que le livre de M. Gibert aura tout le succès qu'il mérite, et partout ailleurs que dans ce journal, nous ne craindrions pas de nous montrer moins réservé dans l'expression de notre approbation et de nos éloges.

J. N. P.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

MAI 1834.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 18 mars.

VACCINE. — M. Morcau annonce que le docteur Huet-Després a opéré des vaccinations avec le pus de boutons développés à la suite d'une seconde vaccination, chez la dame dont il a parlé dans la séance dernière de l'Académie. Ces vaccinations ont réussi chez deux enfans au-dessous de deux ans, et chez une dame âgée de 25 ans, et qui avait été vaccinée avec succès à cinq ans. De ces faits, M. Huet-Després conclut que les secondes vaccinations réussissent, que le pus qui en provient donne naissance à de bonnes vaccines, que conséquemment le vaccin est identique dans les deux circonstances; que le vaccin depuis trente ans n'a rien perdu de son action, mais que chez les jeunes enfans une première vaccination n'est pas toujours suffisante pour les préserver de la variole. — M. Cornac cite l'observation d'un soldat de l'hôpital du Gros-Caillou, qui évidemment avait eu autrefois la variole, à ce point qu'il en offrait des cicatrices sur la figure, et chez lequel cependant une seconde vaccination a réussi. — M. Honoré cite le cas d'une femme qui, ayant eu la variole à l'âge de dix ans, est en ce moment atteinte de nouveau de cette maladie. — Sur la proposition de M. Marc, l'Académie décide que la communication et la discussion de ces faits et des faits analogues seront renvoyées à la commission de vaccine.

VACCINE. — Au nom de la commission de vaccine, M. Gerardin lit le rapport sur les vaccinations pratiquées en 1832. Malgré l'explosion et les ravages du choléra en 1832, la vaccine n'a pas été négligée pendant cette désastreuse année; le nombre des vaccinations effectuées en 54 départemens, a été de 362,884, c'est-à-dire, a surpassé de plus de 148,000 le chiffre des vaccinations de 1831. — Le service de la vaccine est complétement organisé dans le département des Ardennes, outre le comité central à Mézières, il en est de secondaires en chaque arrondissement. Ainsi le chiffre des vaccinations surpasse de 1256 celui de 1831, dans l'arrondissement de Rocroy, le nombre des vaccinations a surpassé celui des naissances Dans le département de l'Aveyron, s'est distingué le docteur Laquerbe, à Severac, qui a effectué 1374 vaccinations sur une population répartie en 24 communes, dans un espace de plus de 36 lieues : ce médecin a vu à Saint-Geniez les vaccinés atteints de varioloïde, transmettre la variole à leurs frères et sœurs non vaccinés. — Dans la Charente, le nombre des vaccinations a été de 8,810, et a égalé les 4/5e des naissances. Des médecins ont été chargés d'aller examiner dans les communes les cicatrices que portaient les vaccinés, pour garantir la bonté de la vaccination. — L'état envoyé par le département de la Côte-d'Or contient le chiffre de la population de chaque arrondissement, le relevé des naissances, des mariages et des décès, et celui des vaccinations et variole; le nombre des vaccinations s'est élevé à 9/10e du chiffre des naissances. — Dans la Dordogne, le chiffre des vaccinations, qui était de 6,961 en 1831, n'a été que de 4,783 en 1832. Cette différence est attribuée à ce que l'allocation pour la vaccine a été abaissée de 4000 à 400 fr. Cela n'a pas influé sur le zèle du docteur Boissat, qui en 1832 a fourni plus de 500 verres chargés de virus vaccin. — Dans le Doubs, le nombre des naissances a été de 7,900, et celui des vaccinations a été de 8,908, c'est-à-dire, supérieur; ainsi les médecins vaccinateurs de ce département, MM. Barey, Bizot, Flamand, Jouffroy et Pourcelot, ont arrêté dans leur marche des épidémies varioliques qui ont éclaté en plusieurs lieux. M. le rapporteur donne ici l'analyse d'un mémoire envoyé par M. Tueffard, de Montbelliard, sur la *vaccine et la variole des vaccines*. Les conclusions de ce mémoire sont : que le temps affaiblit par degrés chez la plupart des vaccinés l'effet préservatif de la vaccine; que la variole des vaccinés, ou *varioloïde*, donne aux non-vaccinés la *variole*, et par conséquent que son inoculation doit être sévèrement interdite; enfin qu'on peut revacciner avec les succès anciens vaccinés. Par des expériences directes, M. Tueffard a prouvé que les vaccines secondaires complètes n'étaient pas une simple affection locale, mais pouvaient se transmettre régulières à des individus non vaccinés. — La département de la Gironde est un de ceux où la vaccine est tombée dans le plus grand discrédit; en vain des vaccinateurs se sont transportés à jour et heure fixes dans les communes, ils n'ont pas eu à opérer; aussi ce département n'a-t-il pas envoyé d'état. — Dans le département de l'Hérault, M. Demian croit avoir observé une influence exercée sur la marche de la vaccine, par la constitution atmosphérique et la succession des saisons; l'humidité combinée, soit au froid, soit au chaud, ayant dominé, la marche de la vaccine a été généralement retardée; le bouton ne s'est montré généralement qu'au sixième jour, et il fallait, pour y puiser du virus, attendre jusqu'au 12e jour. — M. le rapporteur signale le département de l'Indre comme un de ceux où la vaccine est le plus pratiquée, et qui à ce titre n'a présenté aucuns cas de variole : dans celui de l'Isère, il mentionne : M. Benoit, qui a pratiqué à lui seul dans treize cantons, 3,366 vaccinations, et qui entretient à Grenoble un dépôt de vaccine où viennent puiser la Corse et la Savoie; MM. Lerat et Ravanat qui, dans l'arrondissement de Saint-Marcellin, ont pratiqué 1,489 vaccinations dans le département du Jura; il appelle les éloges de l'Académie sur M. Pyot, qui a envoyé un état de 703 vaccinations faites par lui dans 38 communes des montagnes du Jura, et sur M. Guyetant, qui a visité toutes les écoles

du département pour vacciner ceux des élèves qui n'avaient pas été soumis à cette utile opération. — Le nombre des vaccinations dans le département de la Loire a dépassé de 346 celui des vaccinations faites en 1831 ; néanmoins la variole a désolé le pays ; mais les vaccinés ont été préservés, et chez six malades vaccinés peu de temps avant le développement de la variole, la maladie a été évidemment plus bénigne. — Le rapporteur répare un oubli fait en 1831, au préjudice de M. Girard, officier de santé à Saint-Ferréol, Haute-Loire, dans le raport de 1831, il n'avait pas été fait mention d'un état de 1,723 vaccinations faites dans la Haute-Loire par cet officier de santé. — Dans le département de Loir-et-Cher, M. Doin, chirurgien à Romorantin, a vu sur le pis d'une vache huit à dix boutons dont il recueillit le fluide sur des plaques de verre, et duquel il a obtenu ensuite, par l'inoculation sur l'homme, des vaccines régulières. — Dans le Loiret, M. Pellieux, médecin à Beaugency, a remarqué que dans la fin de 1831 et au commencement de 1832, la vaccine avait eu une marche beaucoup plus rapide et telle, que les pustules étaient au 7e jour comme elles sont ordinairement au 8e : il avait vacciné à la fin de l'automne en hiver, tandis que les années précédentes il avait opéré au printemps, il y avait en même temps épidémie de variole, et très-peu de vaccinés en ont été atteints. M. Pellieux pense que cette aptitude de quelques vaccinés à prendre la variole tient à l'épidémie actuelle, et que dans les épidémies futures la vaccine se montretra aussi absolument préservative qu'elle l'avait paru jusqu'à ces dernières années. Dans le département de Lot-et-Garonne, M. Labesque, d'Agen, qui figure si honorablement dans tous les rapports annuels sur la vaccine, a pratiqué 2,813 vaccinations.—Le rapport envoyé en 1832 par le département de la Meurthe, est le vingt-huitième envoyé par le comité central de ce département ; le nombre des vaccinations a été cette année de 12,592, supérieur de plus de 1,600 à celui des naissances ; 346,000 vaccinations ont déjà été pratiquées dans la Meurthe depuis la découverte de la vaccine. — Le département des Pyrénées Orientales est fréquemment attaqué de la variole, à cause de ses communications avec l'Espagne, et MM. les docteurs Oliva, Parer, ont vu souvent des envois de vaccin parvenir à arrêter le mal. En mai et juin, le docteur Ollet a vu à Boule-d'Amon une épidémie de varioloïde qui a sévi, sauf deux exceptions, sur les enfans âgés de moins de dix ans ; la maladie fut également bénigne chez tous, vaccinés ou non ; et inoculée chez un vacciné, chez un variolé, et chez un individu qui n'avait eu ni la vaccine, ni la variole, elle s'est également développée dans les trois cas : M. Ollet en a conclu que la varioloïde est une maladie nouvelle, indépendante de la vaccine et de la variole. — Dans le département du Bas-Rhin, la vaccine est universellement pratiquée, par suite de l'organisation des médecins cantonnaux : elle l'est moins dans le Haut-Rhin, parce que les communes refusent de payer les indemnités qu'elles avaient votées dans l'origine pour les médecins cantonnaux. — Le nom du département de la Haute-Saône rappelle celui du docteur Nedey, qui depuis trente ans pratique la vaccine en ce département, et y a fait en 1832 2,943 vaccinations : la commission appelle sur cet honorable médecin les munificences du gouvernement : elle signale de même, dans le département de la Seine, M. Nauche ; dans celui de Seine et Oise, M. le docteur Boucher. — Dans la Somme, les vaccinations se font dans les premiers mois de chaque année, et s'appliquent aux enfans nés dans le cours de l'année précédente : outre les indemnités annuelles données aux vaccinateurs, des primes consistant en instrumens de chirurgie leur sont données de cinq ans en cinq ans : aussi en 21 ans, le nombre des vaccinations s'est-il élevé dans la Somme à 186,504, et il n'y a eu que 5,932 individus atteints de la variole. Enfin, dans le département des Vosges, la présence du choléra a fait baisser le chiffre de vaccinations de 10,497, chiffre de 1831, à 6,901. Le rapport de la commission est terminé par les quatre conclusions suivantes : 1° dans tous les départemens où la propagation de la vaccine est entretenue et encouragée, la variole a été rarement observée et facilement réprimée au moment de son apparition. 2° La vaccine est toujours l'unique et infaillible moyen à opposer aux ravages des épidémies varioliques. 3° Tous les vaccinateurs reconnaissent que le virus vaccin n'a éprouvé aucune altération par suite de ses transmissions successives. 4° Plusieurs médecins ont rapporté des observations de varioles survenues chez des individus vaccinés et même variolés ; mais tous ont observé, que dans ces cas très-rares, la variole avait toujours été modifiée d'une manière avantageuse et incontestable : la correspondance n'a pas offert en ces cas un seul exemple de terminaison funeste. 5° De nombreuses revaccinations ont été pratiquées : elles n'ont servi en général qu'à constater l'efficacité de la première vaccination : lors même qu'elles ont réussi, leur utilité n'est point encore assez démontrée pour que l'Académie doive les recommander d'une manière spéciale.

Séance du 25 mars.

LUXATION CONGÉNIALE DU FÉMUR. — M. Breschet présente un malade affecté de cette maladie, jusqu'ici mal connue, et il a d'autant plus besoin de connaître l'opinion de l'Académie à son égard, qu'il est chargé d'examiner un mémoire de M. Humbert, de Morlaix, sur cette affection. M. Breschet dit que ces luxations se font dans la vie fœtale, et que les enfans les apportent en naissant. Elles tiennent à ce que la cavité cotyloïde, d'une part, et la tête et le col du fémur, de l'autre, manquent. Il ne conçoit pas, d'après cette cause de la maladie, qu'on puisse la guérir, comme prétend y être parvenu M. Humbert. Du manque des parties articulaires, il résulte : déformation des fesses écartées l'une de l'autre, surtout en haut ; impossibilité au malade d'écarter les cuisses et de monter à cheval, la partie supérieure du fémur est remontée jusques près de la crête de l'os des îles, et roule là mobile sur une surface osseuse inégale. J. L. Petit a attribué cette maladie à de mauvaises manœuvres des accoucheurs, et d'autres à des maladresses des nourrices qui ont pu laisser tomber l'enfant dans son jeune âge. Mais il est évident que ces causes sont à tort invoquées, puisque le mal tient au non développement des surfaces articulaires, et sous ce rapport la connaissance précise de cette affection importe en médecine-légale. — M. Nacquart dit avoir vu avec M. Lisfranc une des malades traitées par M. Humbert ; il a écrit pour savoir si la guérison a été obte-

nue. — M. Louyer-Villermay a vu un de ces cas pris par un orthopédiste distingué à Paris, pour une déviation du rachis.

VARICOCÈLE. — M. Breschet présente une autre malade guérie en moins d'un mois d'un varicocèle qui occupait le cordon spermatique et le scrotum, et qui, gros comme une pomme, figurait un paquet de sangsues ou de vers lombrics.

STAPHYLORAPHIE. — M. Aug. Bérard présente un malade qui avait une division du voile du palais, avec écartement des os palatins, et qu'il a guéri par l'opération de la staphyloraphie : le malade maintenant parle et exécute avec facilité les mouvemens de la déglutition. (*Voy.* cette observ. dans 1 volume précédent.)

PHILOSOPHIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—M. Piorry, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Plouviez, du Pas-de-Calais, intitulé : *Quelques idées de philosophie médicale rapportées à la thérapeutique.* — M. Piorry signale surtout dans ce mémoire des expériences qu'a faites l'auteur sur lui-même, et desquelles il résulte qu'il a porté la dose d'extrait de belladone jusqu'à 60 grains en une seule fois, sans qu'il en résultât d'autres accidens que de la pesanteur de tête, de la somnolence et une dilatation des pupilles telle, qu'elle causait une sorte de cécité momentanée. Le reste du mémoire est une polémique fort longue contre les médecins dits *physiologistes*. Le rapporteur cherche à prouver, par divers exemples, que les applications physiologiques ont plus éclairé la thérapeutique que l'empirisme pur ; il conclut en proposant que le rapport de M. Plouviez soit déposé aux archives de l'Académie. Adopté.

BOUILLON DE LA COMPAGNIE HOLLANDAISE.—M. Gueneau de Mussy, au nom d'une commission, fait un rapport demandé par le ministre, sur la qualité du bouillon que fabrique et débite dans Paris la Compagnie dite *hollandaise*. La commission a visité l'établissement, qui est situé hors la barrière d'Enfer ; et sans y être attendue. Pour obtenir, tout en se servant de marmites de grandes dimensions, une ébullition uniforme dans toute la masse liquide, modérée et soutenue au même degré pendant le temps nécessaire, la compagnie hollandaise avait d'abord employé le bain-marie ; et une commission de l'Académie des sciences avait, en 1832, constaté les avantages de ce mode de fabrication. Mais la compagnie a encore perfectionné, et elle emploie aujourd'hui le chauffage à la vapeur dans un appareil disposé de façon que 20 marmites fonctionnant à la fois, sont soumises chacune à une chaleur uniforme pendant toute la durée de l'opération, et cependant peuvent être différemment échauffées s'il en est besoin. Ainsi un seul homme surveille la fabrication de 2000 litres de bouillon dans 20 marmites, dans chacune desquelles l'ébullition est aussi régulièrement conduite que dans le pot-au-feu de ménage. La viande employée est celle du bœuf; l'animal, choisi de bonne qualité, est abattu dans l'établissement le jour même où il est mis dans les marmites ; la viande employée ainsi toute fraîche, donne plus de saveur au bouillon ; on la désosse, on la coupe en morceaux qu'on maintient avec de la ficelle, et on en met 90 livres dans chaque marmite avec 110 litres d'eau, pour avoir 100 litres de bouillon. Après que la première ébullition a fait former les écumes, et que celles-ci ont été enlevées, on met dans chaque marmite 2 livres 3 onces de sel, 20 livres environ de légumes, une certaine quantité d'oignons brûlés ; on diminue l'afflux de la vapeur, de manière qu'il n'y ait plus qu'un léger bouillonnement ; et celui-ci est maintenu six à sept heures, temps après lequel le bouillon est fait. Celui-ci est aussitôt versé dans des vases longs et peu profonds, qu'on porte dans un local disposé pour qu'il se refroidisse promptement ; et il est renfermé ensuite dans de grands vases de fer-blanc, à l'aide desquels il est transporté dans les dépôts, où il est vendu à raison de 40 centimes le litre. La viande est portée à ces mêmes dépôts, où elle est vendue à raison de 50 centimes la livre. La commission comparant le bouillon de la Compagnie hollandaise avec du bon bouillon préparé à ses yeux au Val-de-Grâce, a trouvé le premier plus riche en matières organiques, bien qu'on ait employé moins de viande pour sa confection. Le public en a jugé ainsi, car la Compagnie, qui, en 1828, ne faisait qu'un pot-au-feu de quelques kilogrammes, emploie aujourd'hui chaque jour trois bœufs et demi, pour approvisionner de 2 à 3000 litres de bouillon 26 dépôts. Le rapporteur insiste sur l'avantage que procure à la population de Paris une entreprise qui lui fournit ainsi à peu de frais du bon bouillon et de la bonne viande. Il se demande si l'administration des hôpitaux ne devrait pas instituer une fabrication analogue pour satisfaire à ses nombreux et divers établissemens, plutôt que de faire faire le bouillon dans chaque hôpital, ce qui oblige à n'employer à sa fabrication que la quantité de viande qui est consommée dans l'hôpital. Il termine en disant que la Compagnie hollandaise a tout droit à la confiance du public et à l'intérêt du gouvernement. Ce rapport est adopté et sera renvoyé au comité de publication.

Séance du 29 mars.

URINAL. — M. Thillaye fait un rapport sur de nouveaux urinals proposés, l'un par M. Micaud, corroyeur, rue Bourg-l'Abbé, n° 10, et l'autre par M. Gresling, coutelier, quai de la Cité, n° 33. Le premier de ces instrumens est en cuir imperméable et a à-peu-près la forme d'une poire à poudre : la commission le trouve bien inférieur à celui qu'a imaginé, il y a trente ans, M. Féburier, et qui, ayant plus de capacité sans être plus embarrassant, est construit en gomme élastique. L'urinal de M. Gresling est mieux entendu ; il consiste en un réservoir aplati et recourbé de manière à pouvoir s'adapter à la convexité de la partie supérieure et interne de la cuisse; un autre appareil y conduit facilement l'urine et on peut le vider sans le déplacer. La commission conclut, que si cet urinal n'a pas encore toute la perfection désirable, il sera cependant utile en beaucoup de circonstances, et qu'il y a lieu à donner des encouragemens à son inventeur.

CAREX DE LA FRANCE. *Mémoire de M. le docteur Degland, professeur de botanique à Rennes ; rapport de M. Loiseleur-Deslonchamps.* — Le genre *carex* contient plus de 3000 espèces, dont cent existent en France. Par une méthode qui lui est propre, M. Degland a classé avec beaucoup de clarté les 58 espèces de France, et a de plus fait connaître huit espèces nouvelles. La commission

loue ce travail de M. Degland, travail aride, parce que les carex ont peu d'usage, mais qui justifie la réputation dont jouit comme botaniste ce professeur de Rennes ; elle propose le dépôt du mémoire aux Archives, et l'inscription de M. Degland sur la liste des candidats aux places d'adjoints correspondans. — Adopté.

INSTRUMENT POUR LES POLYPES DE LA MATRICE ET DU VAGIN. — M. Capuron lit un rapport sur un nouvel instrument inventé par le Dr. Lasserre, d'Agen, pour la ligature des polypes de ces parties. Cet instrument, que son inventeur dit supérieur à l'instrument de Levret, et au *porte-nœud* de Desault, et qu'il appelle *porte-ligature*, est composé de sept pièces, trois demi-gaînes, trois fixe-lacheliens et un serre-nœud plus commode que celui de Desault. Les demi-gaînes sont trois fourreaux en fer blanc ou d'argent, de dix pouces de longueur, l'une large d'un pouce, les deux autres moins larges d'un tiers : elles servent à conduire le lien jusqu'à la racine du polype ; alors on assemble les deux chefs de ce lien et on les engage dans les trous du serre-nœud. Le serre-nœud est alors porté dans la matrice, et la ligature est appliquée. M. Lasserre cite deux observations dans lesquelles il a employé son instrument avec autant de facilité que de promptitude et d'utilité pour les malades. Le rapporteur reconnait que cet instrument est supérieur à tous ceux qui ont été inventés jusqu'à ce jour ; cependant il ne le croit pas applicable à tous les cas ; par exemple, quand le polype utérin est si gros, qu'il empêche le doigt indicateur de pénétrer dans le vagin et de préparer la voie aux demi-gaînes de l'instrument ; il y a risque alors de pincer le col de la matrice avec la ligature. Toutefois, il le considère comme un progrès dans l'art, et conclut à ce que M. Lasserre soit inscrit sur la liste des candidats aux places de correspondans. — Adopté.

VACCINE. — M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delacoux, concernant la vaccine et la variole. Ce médecin distingue deux espèces de vaccine, une qu'il appelle vaccine *dynamique* ou *humide*, c'est la bonne; et une qu'il nomme *vaccine adynamique* ou *sèche*, c'est la mauvaise. La dernière n'est peut-être qu'une vaccine arrêtée ; ce qui la caractérise surtout est l'absence d'aréole inflammatoire ; elle ne donne pas naissance à l'autre, et *vice versa* ; et elle ne préserve pas de la variole.—M. Delacoux croit que la vaccine humide est d'autant plus préservative, qu'il y a plus de boutons, et des boutons plus gros, et pour cela il vaccine en faisant, non une simple piqûre, mais une petite incision cruciale. Il pense qu'il faut prendre du vaccin, non au septième jour, mais plus tard, et quand l'inflammation est la plus vive possible. Il est sous ce rapport en opposition avec M. Bousquet, et avec le docteur Sacco de Milan, qui a vu le succès des vaccinations diminuer à mesure qu'on s'éloigne de la naissance des pustules. Enfin, M. Delacoux pense que la vaccine, en préservant de la variole, expose l'individu à d'autres maladies : considérant la variole, la rougeole comme des maladies inhérentes à la condition humaine, il ne croit pas que la nature puisse y renoncer sans compensation. Sans partager aucune de ces idées, le rapporteur donne des éloges au travail de M. Delacoux, et demande le dépôt de son mémoire aux Archives. — Adopté.

Séance du 1re avril.

LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR. — M. Capuron revient sur cette affection. M. Breschet, qui en a présenté un exemple dans la séance précédente, a dit que la cavité cotyloïde était presque toujours effacée. M. Capuron conteste qu'il en soit ainsi dans l'origine. Il cite le cas d'une jeune fille de 11 ans, affectée de cette maladie. Ayant consulté la mère sur les circonstances de l'accouchement, il apprit que l'enfant était venu en double par les fesses, et que la sage-femme avait exercé des trations à l'aide de doigts introduits dans les aines. Cette position et ces tractions n'ont-elles pas pu distendre et relâcher le ligament et la capsule articulaires, déplacer la tête de l'os. Le déplacement opéré, la cavité s'efface plus tôt ou plus tard. M Capuron connaît une demoiselle de 28 ans, dont il a accouché la mère, et qui est venue au monde dans la même position. Sans avoir une luxation, elle marche en pivotant sur elle-même, précisément comme sa mère, qui, d'après les informations prises, serait également née de la même manière. —M. Breschet répond que ce qu'a dit M. Capuron peut avoir quelque chose de fondé, mais s'applique à des cas d'un autre genre que ceux dont il a parlé, dans lesquels il n'y a ni col du fémur, ni cavité, ou du moins dans lesquels ces parties sont à l'état rudimentaire — M. Velpeau pense qu'il est difficile de distinguer la luxation congéniale de l'accidentelle, dans laquelle la tête de l'os diminue et la cavité s'efface après le déplacement. Quant aux luxations congéniales, l'essentiel serait de discerner la vraie cause. Celle qu'indique M. Capuron lui paraît très-plausible ; c'est un point à soumettre à l'observation. — M. Moreau est de ce sentiment. Toutefois, la manœuvre indiquée par M. Capuron ne lui paraît pas une cause suffisante : il faut admettre une prédisposition toute spéciale. La marche singulière dont a parlé M. Capuron peut dépendre de la largeur du bassin et de la disproportion du fémur. M. Moreau connaît une femme qui est née par le siége et qui marche très-bien. — M. Breschet objecte que dans les luxations spontanées qui surviennent après le naissance, il y a des traces de cavité articulaire ; la tête de l'os est encore visible. C'est tout le contraire dans les luxations congéniales. — M. Velpeau répond que, dans les luxations congénitales, l'oblitération de la cavité est plus complète, mais que la différence n'est que dans le degré ; que du reste il serait nécessaire, pour établir le rapport de la luxation avec la présentation par les fesses, de constater si toutes les fois qu'il y a luxation, cette présentation a été observée. — Dans ce cas même, il faudrait reconnaître, dit M. Moreau, que cette circonstance ne serait pas la seule cause, car sur dix enfans qui ont des luxations congéniales, il y en a huit qui sont venus par la tête.

RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS. — M. Sanson lit, en son nom et celui de M Breschet, un rapport sur un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur la rétraction permanente des doigts*, par M. Goyrand, chirurgien à l'hôpital d'Aix. Cette rétraction, qu'il ne faut pas confondre avec la flexion permanente due à des cicatrices, à la paralysie des extenseurs, était attribuée au raccourcissement des tendons fléchisseurs. M. Dupuytren découvrit qu'elle était pro-

duite par la rétraction de l'aponévrose palmaire. Cependant dans un cas qui se présenta à ce praticien, cette cause parut insuffisante. C'est sur les faits de ce genre que les recherches de M. Goyrand jettent de la lumière. Ce praticien a, en effet, constaté dans un cas, que la rétraction peut être opérée par des cordons fibreux qui, de l'aponévrose palmaire, vont s'attacher à la gaîne des tendons, aux bords des phalanges, et passent même au-devant des articulations phalangiennes. Ces brides sont-elles de nouvelle formation, comme le croit M. Goyrand, ou bien ont-elles leurs rudimens dans l'état normal, dont elle ne seraient que l'exagération? Tel est le sentiment de MM. Breschet et Sanson, et qu'ils appuyent sur la disposition anatomique d'une main qu'ils ont disséquée et qu'ils mettent sous les yeux de l'Académie. En place de la section transversale de la peau et des brides que fait M. Dupuytren, et qui, par suite du redressement des doigts, laisse une plaie large dont la cicatrisation est fort longue, M. Goyrand propose de diviser longitudinalement les tégumens, puis de faire seulement en travers la section des brides. Cet auteur rapporte un cas dans lequel le pouce était le siége de la rétraction, qu'on croyait n'affecter que les autres doigts. Après une discussion à laquelle prennent part divers membres, pour faire remarquer que la cause indiquée par MM. Dupuytren et Goyrand n'est pas la seule qui donne lieu à la rétraction des tendons, le mémoire de ce dernier, sur les conclusions du rapporteur, est renvoyé au comité de publication, et le nom de l'auteur inscrit sur la liste des candidats aux places des correspondans. Sur la proposition de M. Villermé, le rapport lui-même sera transmis au comité de publication.

FIEVRES GRAVES DE CAYENNE. — M. Louyer-Villermay fait un rapport sur un mémoire de M. Ségond sur ces fièvres, qui sont produites par l'action des miasmes des marais, et qui disparaissent ou diminuent à l'époque des pluies. — M. Villermé, pour confirmer ce qu'avance M. Ségond, rapporte qu'en 1816, année où les pluies furent très-abondantes, les départemens de France où ces fièvres sont très-communes, en furent presque complétement préservés. La même chose a été vue par M. Villermé sur les bords du Guadiana. — M. Rochoux relève ce qui a été avancé par M. Ségond dans son mémoire, où il prétend que le typhus amaril n'existe pas à Cayenne. — M. Girardin fait observer que M. Ségond parle de la Guyane, dont Cayenne n'est qu'une très-petite partie. — M. Sper affirme tenir de M. Lefort que la fièvre jaune ne se montre pas à la Guyane.

Séance du 5 avril.

RÉSECTION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS. — M. Gimelle lit un rapport sur une observation de résection de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, pratiquée par M. Lasserre neveu, chirurgien à Agen. Cette opération, nécessitée par des abcès du membre et de l'articulation scapulo-humérale, par la carie de la tête de l'humérus, fut exécutée par le procédé ordinaire. Elle eut un plein succès, et la guérison marcha si rapidement, qu'au bout d'un mois le malade était en état de se promener et de sortir; il avait entièrement recouvré les forces de son membre. Le rapporteur, tout en rendant justice au talent de l'opérateur, regrette l'absence de certains détails dans son observation; par exemple la distance qui existe entre les deux os et le mouvemens auxquels le membre est borné; ce qui serait d'autant plus intéressant à savoir, qu'on ne connaît qu'un seul fait du même genre, rapporté par Chaussier, dans lequel le mouvement d'élévation du bras ait été conservé. — M. Velpeau déclare ne pas bien saisir l'intérêt de cette communication. Suivant lui, on possède plus de cinquante cas de résection semblable. M. Sanson convient que les faits de résection de l'humérus sont assez fréquens. Cependant le cas communiqué par M. Lasserre lui paraît avoir de l'intérêt, en ce qu'il présente un exemple d'une guérison que l'on obtient rarement dans les affections chroniques.

CHOLÉRA DE PARIS. — M. Villermé lit une note sur les ravages du choléra dans les maisons garnies de Paris, depuis le 29 mars jusqu'au 1er août 1832. Ce travail, dont les élémens ont été recueillis par l'administration de la police, a été inséré avec tous ses détails statistiques et ses descriptions topographiques, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine-légale*, avril 1834. Nous n'en donnerons ici que les conclusions. Il résulte des faits qui y sont consignés, que les ravages de la maladie ont été en raison des causes flagrantes d'insalubrité que les garnis des divers quartiers et arrondissemens de Paris présentaient, et de l'état de pauvreté, de misère de leurs habitans, surtout lorsque ces lieux servaient à la prostitution. — Une discussion peu importante s'élève à ce sujet.

Séance du 8.

FIÈVRE JAUNE. — M. Rochoux revient sur ce qui a été dit de la fièvre jaune, qui, suivant M. Ségond, n'existerait pas à Cayenne. Il prétend qu'elle y a régné en 1764, 1765, 1768, 1791, 1798, 1802, et même en 1809. L'épidémie de 1791, fut excessivement meurtrière, et en 1802, un général français en mourut. Cette fièvre est surtout redoutable pour les sujets non acclimatés. — M. Chervin appuie cette opinion. Etant à Cayenne, il entendit parler de l'épidémie de 1802. Il ajoute qu'on y a vu en 1820, une fièvre jaune très-dangereuse, et que rien n'est plus commun que de rencontrer des cas sporadiques de cette maladie. Cependant le climat de Cayenne est plus sain que celui des Antilles, quoiqu'on ait dit tout le contraire. J'y ai fait, dit M. Chervin, trente lieues à pied; les militaires y exploitent des carrières; choses qui ne seraient pas faites sans danger dans les îles. — M. Kéraudren dit qu'il y a incertitude sur le caractère des maladies qui ont régné à Cayenne, et auxquelles on a donné le nom de fièvre jaune. Après un séjour de 10 à 12 ans, le prédécesseur de M. Ségond avait la même opinion que lui. Cependant un médecin prussien qui a exercé à la Guyane, décrit, sous le nom de *fièvre bilieuse atrabilaire*, une fièvre de ce pays qui a tous les caractères de la fièvre jaune.

M. Guéneau-de-Mussy présente un nouveau rapport sur les pois à cautère de M. Frigério; rapport terminé par une conclusion favorable. L'académie, après une discussion assez vive, rejette le rapport et ses conclusions.

Séance du 15.

EFFETS DE LA CODÉINE — M. Barbier, d'Amiens, pré-

sent à la séance, donne de nouveaux détails sur les effets de la codéine, comparés avec ceux que produisent la morphine et les sels de cette base. Quatre plaies récentes de vésicatoires servirent à des applications endermiques. Il mit 4 grains de codéine sur la première, 2 grains de morphine pure sur une seconde, 2 grains d'acétate de morphine et autant de muriate de morphine sur deux autres individus. Pour la codéine : picotemens locaux qui cessèrent bientôt; aucun autre effet. Morphine : vertiges légers, pesanteur de tête, engourdissement pendant plusieurs heures. Sur les personnes soumises à l'action des sels, les phénomènes cérébraux furent très-prononcés : étourdissemens très-forts, engourdissement qui dura longtemps, vomissemens même. — Les effets de la codéine ne diffèrent pas moins de ceux de la morphine, quand on administre ces deux substances à l'intérieur. La codéine fait habituellement naître une douce chaleur qui du centre épigastrique se répand dans la poitrine et le ventre; puis vient le sommeil. Le sommeil de la codéine est différent de celui que provoquent la morphine et ses sels; il a lieu sans que l'encéphale paraisse avoir reçu la moindre impression : réveillés au milieu de leur sommeil, les malades qui ont pris de la codéine, sont gais, causeurs, ont une figure rosée, ouverte. Au contraire, les personnes qui sont sous l'influence de la morphine ont la tête lourde, les paupières pesantes; ils sont engourdis, se plaignent de vertiges. M. Barbier a souvent réussi à guérir des *maux d'estomac* avec la codéine; souvent aussi cette substance ne produisait pas de bien. La codéine ne réussit pas quand il y a un travail de phlogose et des ulcérations sur la membrane muqueuse gastrique. Il cite l'observation d'une femme qui depuis neuf semaines était tourmentée de douleurs, d'anxiété dans l'épigastre, qui arriva à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans un état d'accablement, avec plaintes, soupirs, pouls irrégulier, gêne pour respirer, vomissemens. La codéine la soulagea tout de suite, puis la rétablit en trois ou quatre jours. M. Barbier pourrait ajouter, dit-il, des observations assez nombreuses de guérison de cette affection des *plexus nerveux* de l'épigastre, qu'il propose de nommer *plecto-neuralgie*.

M. Cornac demande que les expériences de M. Barbier soient répétées. Il déclare qu'il a vu l'acétate de morphine appliqué à la dose d'un huitième de grain sur un cautère, déterminer des accidens très-graves. — M. Emery l'a appliqué à la dose de 10, 16 et 20 grains sur la surface ulcérée d'un cancer, sans accident. Mais sur les plaies récentes, il n'en applique jamais que 1, 2 ou 3 grains. Il faut distinguer entre les plaies récentes et les plaies anciennes. A quoi M. Cornac répond que le cautère, dont il a parlé, datait de 3 ans.

ÉPIZOOTIES. — M. Dupuy lit un rapport sur un mémoire très-incomplet de MM. Boué, médecin, et Jouet, vétérinaire. Ces auteurs ne donnent aucun détail sur la maladie qu'ils disent charbonneuse. Ils se contentent de signaler l'insalubrité, la mauvaise disposition des habitations des animaux sur lesquels elle a sévi. A ce sujet, M. Dupuy rappelle l'intérêt qui doit s'attacher aux épizooties, dont l'académie doit s'occuper aussi bien que des épidémies. Beaucoup de mémoires sur les épizooties sont parvenues à divers ministères, sans que l'Académie en ait connaissance. Il propose qu'il soit écrit pour que ces mémoires soient transmis à l'Académie.

AFFECTIONS PRODUITES PAR LE TÆNIA. — M. Mérat fait un rapport sur diverses observations adressées à l'Académie par M. Goupil, médecin à Nemours. Il cite, entr'autres, l'observation d'un garçon boucher devenu épileptique, et qui rendait des anneaux de tœnia. Après l'administration de l'écorce de racine de grenadier, l'épilepsie disparut complétement et sans retour. La sœur de cet homme a une sorte d'affection convulsive du biceps et du deltoïde du bras droit, et rend aussi des anneaux de tœnia. M. Goupil rapporte l'observation curieuse d'une dame âgée aujourd'hui de 37 ans, qui jouissait d'une bonne santé avait de l'embonpoint, quoiqu'elle éprouvât continuellement un prurit aux narines et par fois une diarrhée, etc. Depuis 6 ans, elle avait une petite toux sèche, suivie d'une expectoration muqueuse, suivie de vomissemens; les règles se supprimèrent, et en mars 1824, la malade était beaucoup amaigrie, perdait son appétit; sa toux, plus fréquente, était suivie de crachats abondans, fétides, et même d'hémoptysies à trois reprises différentes; la respiration devenait plus difficile, et le pouls donnait alors 130 pulsations. Des médecins de la capitale, consultés, déclarèrent la malade phthisique, et prescrivirent les moyens convenables en pareil cas M. Goupil, ayant appris que la malade avait rendu un jour une portion de tœnia, donna la racine de grenadier, qui expulsa le ver; la malade se rétablit en peu de temps et reprit son premier était qui ne s'est pas démenti depuis 10 ans.

FORMATION ET NATURE DES TUBERCULES. — Rapport de M. Breschet sur un mémoire de M. Kuhn, médecin à Niederbrunn, intitulé : *Recherches microscopiques sur la formation et la nature des tubercules chez l'homme et les crachats de phthisiques*. Ce mémoire qui présente une histoire complète de la tuberculisation, peut se réduire aux propositions suivantes: 1° les granulations grises des poumons sont formées d'un tissu filamenteux qui est entouré d'un grand nombre de globules albuminaux et d'une mucosité épaisse; 2° ces granulations ont une analogie frappante avec certaines productions du monde extérieur, appartenant à la classe de Némazoaires de M. Gaillon. Elles peuvent être considérées comme une production parasite, végétant aux dépens du poumon, dont elles menacent d'envahir la totalité une fois qu'elles y ont pris naissance; 3° elles peuvent dépérir en se convertissant en tubercules; mais cette transformation n'a pas nécessairement lieu; 4° dans le travail de la tuberculisation, le tissu filamenteux et les globules se rapprochent, s'agglomèrent et s'altèrent, pendant que le mucus qui les baignait disparaît; 5° on retrouve les élémens de cette production parasite dans les crachats des phthisiques, et même quelquefois dans un plus bel état de développement. — M. Breschet propose l'envoi du mémoire de M. Kuhn au comité de publication, et la transcription du nom de l'auteur sur la liste de candidats au titre de correspondant. — La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Séance du 22.

ABSORPTION ENDERMIQUE. — M. Robiquet revient sur ce qu'a dit M. Emery de la nécessité de distinguer entre les anciens et les nouveaux ulcères relativement à la faculté très-diverse qu'ils ont d'absorber certains sels, tel que l'acétate

de morphine. Cette différence ne peut-elle pas dépendre de celle qu'offrent dans leur nature les liquides qui les baignent. Par exemple, l'humeur que suinte d'un vésicatoire tout récent est alcaline. Ne peut-elle pas avec le temps changer de caractère et dissoudre avec moins d'activité les substances salines qu'elle rencontre. M. Breschet, sans rejetter cette explication, y en associerait une autre : dans les plaies récentes, les vaisseaux absorbans sont libres ; plus tard, les bouches de ces vaisseaux, ainsi que la surface de la plaie, se couvrent d'une pseudo-membrane qui les protège contre les corps extérieurs.

FORMATION DES TUBERCULES. — On passe à la discussion du rapport de M. Breschet, sur le mémoire de M. Kuhn. M. Rochoux pense que M. Kuhn n'a pas bien connu le commencement des granulations qui se transforment en tubercules. Il ne parle pas, en effet, de certains petits points rougeâtres, gélatineux, gros comme un quart de grain de millet, qui, séparés l'un de l'autre avec une lancette, présentent des filamens qui les lient entr'eux ; points qui sont d'abord transparens, perdent ensuite de leur transparence, et prennent enfin l'aspect des granulations telles qu'on les voit. — M. Rochoux s'engage à mettre quelques-uns de ces produits sous les yeux de l'Académie. Après une discussion de peu d'intérêt, le rapport et ses conclusions sont adoptés.

Séance du 29.

M. Rochoux revient sur le sujet précédent, en présentant une pièce d'anatomie, décolorée par son séjour dans l'alcool. Suivant lui, les tubercules dépendent de kystes, qui ne sont formés ni par un liquide, ni par du sang ni par la couenne inflammatoire, qui échappent communément à cause de leur ténuité aux investigations anatomiques ; mais avec une attention soutenue, on les aperçoit surtout chez les phthisiques morts à la suite d'une autre maladie.

ACCOUCHEMENT AVEC PRÉSENTATION DU BRAS ; ÉVOLUTION SPONTANÉE DE L'ENFANT. — M. Velpeau appelle l'attention de l'Académie sur les cas de ce genre. On a dit depuis long-temps que l'accouchement pouvait se terminer alors sans secours étranger. Denman avait dit que l'enfant, tout en présentant le bras, peut sortir par le siége. M. Velpeau a été témoin d'un cas où l'enfant, dans la même condition, sortit par la tête, et les recherches qu'il a faites dans les auteurs lui ont fait trouver seize cas analogues. Mais la sortie par les fesses est beaucoup plus fréquente. On a donné diverses explications de ce fait. L'explication de Mme Lachapelle, qui diffère peu de celle de Denman, est généralement adoptée. On pense que dans ce cas la poitrine remonte dans le bassin, avec le bras, et fait place au siége ; c'est ce qu'on appelle l'*évolution*. Mais cette théorie a été attaquée. On observa en effet que le bras ne remontait pas comme on l'annonçait. M. Velpeau dit avoir vu, il y a huit jours, un cas tout-à-fait contraire à l'explication de Denman et de Mme Lachapelle, dont Douglas, en Angleterre, M. Guillemot, en France, ont déjà contesté la justesse. Dans ce cas, le bras tout entier était hors de la vulve ; l'épaule même et une partie de la poitrine apparaissaient au dehors. Toutes les parties sorties étaient gonflées et livides. Des tentatives de version avaient été faites vainement. M. Velpeau ne fut pas plus heureux. Les douleurs utérines étant très-fortes, il pensa que l'évolution indiquée par Mme Lachapelle pourrait avoir lieu. Mais, au lieu de cela il vit descendre le ventre du fœtus d'abord, le bassin ensuite, sans que le bras remontât le moins du monde. La tête resta aussi dans le bassin, et l'accouchement se termina sans évolution. Un fait semblable s'est passé tout récemment dans l'un des hôpitaux de Paris, et il a eu pour témoin l'interne de service. M. Velpeau pense que les recueils d'observations fournissent une centaine d'exemples de ce mode de terminaison de l'accouchement, qu'il nomme *déroulement* du fœtus. Suivant lui, l'épaule étant arcboutée contre un des côtés du détroit inférieur, tandis que la tête appuie contre la cavité cotyloïde, l'action des efforts expulsifs se concentre sur les autres parties du fœtus restées seules mobiles : le thorax, qui se trouve le plus en bas, est le premier poussé dans l'excavation où il s'applatit, puis vient l'abdomen et enfin le bassin qui se plie sur l'abdomen ; une fois le bassin sorti, le reste suit avec facilité. La conséquence à tirer de ces faits, serait peut-être que quand l'épaule est déjà à la vulve, il faudrait attendre et favoriser le déroulement, au lieu de chercher à faire la version qui est souvent impraticable et expose à des déchirures de l'utérus. — M. Capuron conteste la conséquence générale tirée par M. Velpeau. Il pense que dans tous les cas où l'enfant est né, comme le décrit cet accoucheur, il était de petites dimensions et est venu constamment mort. Dans le cas où l'épaule est à la vulve, cas où la version est impossible, il faut donc se hâter de débarrasser la femme en tirant le fœtus. On n'a rien à gagner en attendant un déroulement spontané, qui peut être funeste à celle-ci. M. Moreau croit également que les fœtus venus par déroulement spontané étaient toujours des avortons ou des fœtus non développés et en état de putréfaction. Il ne faut donc pas faire un précepte de la temporisation en pareil cas. — M. Velpeau répond qu'on a tort de dire que les fœtus venus en double étaient toujours très-petits : c'est presque toujours qu'il aurait fallu dire. Denman et d'autres en ont vu de dimensions ordinaires. Il n'est pas vrai non plus de dire qu'aucun de ces enfans ne soit né vivant, quoique la chose soit rare. Denman rapporte des faits où l'enfant vivait. On en connaît quelques autres. M. Velpeau, du reste, montre qu'il y a moins de différence qu'il ne paraît entre ses contradicteurs et lui : il n'a conseillé, dans le cas où l'épaule est à la vulve, la temporisation, que d'une manière dubitative, et en supposant qu'il y ait tendance à l'évolution spontanée. Dans les autres conditions, il pense aussi qu'il faut, sans tarder, morceler le fœtus, et ne point faire de tentatives inutiles et dangereuses de version.

CARCINOME DU SINUS MAXILLAIRE. — M. Blandin présente une femme âgée de 52 ans, à laquelle il a enlevé un carcinome très-volumineux qui avait envahi le sinus maxillaire et toute la voûte palatine du côté gauche jusqu'à la ligne médiane. La nature et l'étendue de la maladie exigèrent l'ablation complète de l'os maxillaire supérieur et du palatin. L'opération a exigé l'action combinée de la scie, de la gouge et des ciseaux. M. Blandin n'a mis en usage la gouge et le maillet que pour diviser la cloison orbito-nasale, la voûte palatine et l'apophyse ptérigoïde.

Séance du 31 mars.

MAISONS MORTUAIRES. M. Julia Fontenelle adresse un mémoire sur la nécessité d'établir en France des maisons mortuaires où seraient déposés les corps jusqu'à ce qu'un commencement de putréfaction s'y fît apercevoir. Il veut opposer ce moyen aux inconvéniens des inhumations précipitées. Il donne dans ce mémoire une description de la maison mortuaire de Francfort-sur-le-Mein.

CHIRURGIE.— PLAIES DU CRANE. M. Larrey lit la première partie d'un mémoire contenant des observations relatives aux plaies du crâne.

Séance du 7 avril.

DYNAMOMÈTRE ET MOUFFLE DANS LE TRAITEMENT DES LUXATIONS. M. Sedillot adresse un mémoire sur l'application de ces deux machines à la réduction des luxations. Il croit pouvoir, par la combinaison de ce double moyen, opérer une extension égale, graduée ou permanente, sans secousses, sans oscillations, et moins douloureuse pour de malade. (Commissaires, MM. Larrey et Double.)

MAMELLES DES CÉTACÉES. — M. Duméril fait en son nom et celui de MM. Fr. Cuvier et Dumas un rapport sur les pièces adressées par M. Lemaôut. L'existence des mamelles chez les dauphins est mise hors le doute par l'examen anatomique de ces pièces. M. Blainville ajoute aux preuves accumulées dans le rapport une lettre qui lui est adressée par M. Chauvin, officier de santé à bord du baleinier *le Courier des Indes*, qui a été temoin de la succion des petits de la baleine; et c'est bien un véritable lait qu'ils tètent. Les gens de son équipage ont souvent fait usage de ce liquide, qu'ils mêlaient à leur café après l'avoir exprimé de la glande par pression. Ce lait se mêle parfaitement avec l'eau de la mer sans s'y coaguler. La substance visqueuse qu'on a présumé être provenue des mamelles de la baleine est le frai d'un poisson de la taille du hareng.

STÉARINE. — M. Dumas fait en son nom et celui de M. Chevreul un rapport sur un mémoire de M. Lecanu *sur les corps gras*. Ce chimiste est parvenu à obtenir la stéarine pure, en épuisant l'action de l'éther froid sur le suif. Le suif de mouton en contient un cinquième de son poids. Cette découverte est venue confirmer les prévisions émises depuis long-temps par M. Chevreul dans son beau travail sur les corps gras et les savons. M Lecanu croit que la margarine ne saurait tarder non plus à être obtenue à l'état de pureté.

M. Larrey continue la lecture de son mémoire sur les plaies du crâne commencée dans la dernière séance.

Séance du 14.

M. Lassis dépose un mémoire sur une fracture compliquée du fémur à son tiers supérieur, traitée par l'appareil inamovible modifié. Ce mémoire, dont l'observation principale a pour sujet un blessé de 1830, a été présenté depuis trois ans à l'institut, sans qu'il y ait encore eu de rapport fait. M. Lassis le destine au concours Montyon.

M. Larrey continue la lecture de son mémoire sur les plaies du crâne. Plusieurs faits paraissent favorables à quelques idées de Gall sur les fonctions des diverses parties du cerveau.

Séance du 21.

M. le docteur Ch. Londe adresse pour le concours Montyon son rapport sur le choléra-morbus de Pologne, fait au nom de la commission envoyée par le gouvernement en 1831 pour observer cette maladie.

La totalité de cette séance est employée à des objets tout-à-fait étrangers à la médecine. Elle est surtout remplie par les rapports des commissaires chargés par l'Académie de l'examen des riches collections recueillies par M. Dorbigny dans son voyage dans l'Amérique méridionale.

Séance du 28.

FIBRINE A L'ÉTAT LIBRE DANS LE SANG DE LA LAMPROIE. M. Valenciennes a remarqué que le sang des lamproies de mer contient flottans dans sa masse de petits filamens de fibrine qui se déposent à la surface des vases dans lesquels on fait couler ce liquide, ou sur les linges à travers lesquels on le fait filtrer. M. Dumas, qui a fait l'examen chimique de ces filamens, a constaté qu'ils étaient constitués par de la fibrine. M. Valenciennes a cru devoir communiquer ce fait curieux à l'Académie. C'est la première fois que cette observation a été faite sur des animaux vertébrés. Ce fait n'avait été vu jusqu'alors que sur certains mollusques, et notamment sur les *aplysies*. M. Cuivier avait déjà fort anciennement publié à cet sujet les observations de M. Homberg du Havre.

FOLIATION DES VÉGÉTAUX. — M. Dutrochet lit un mémoire sur les variations accidentelles du mode suivant lequel les feuilles sont distribuées sur les tiges des végétaux.

Ce savant croit que ces variations sont soumises à une loi dont la recherche est l'objet de son mémoire.

M. Pelouze lit un mémoire sur les produits de la distillation de l'acide malique.

M. A. Brongniart lit un mémoire sur l'élévation de la température qui se produit dans la spathe de la famille des aroïdées pendant l'époque de la fécondation.

COMPTE RENDU

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 21 mars 1834.

(PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.)

Mécanisme de la station.—Fracture des vertèbres. —Belladone.—Carbonate de fer.

SÉANCE DU 21 MARS 1834.—M. *Latour* lit un Mémoire sur l'inflammation en général; ce travail sera imprimé dans le recueil destiné à la publication des actes de la société.

M. *Gerdy* demande la parole pour lire une note intitulée: *Détermination des leviers que forment la colonne vertébrale, les fémurs et les tibias dans l'attitude verticale.*

Les liens qui unissent la colonne vertébrale au sacrum,

dit M. Gerdy, sont si robustes, qu'il est plus facile de rompre les vertèbres ou le sacrum, dans la continuité de leur substance, que dans les moyens qui les réunissent; la colonne vertébrale tient au sacrum, comme si ces os n'en formaient qu'un seul; on peut donc considérer le rachis et le sacrum, et même tout le bassin, comme ne formant qu'un seul levier; dans l'attitude debout, la colonne vertébrale repose sur le sacrum au-dessus de la moitié postérieure de la cavité coxo-fémorale, mais jamais en arrière, comme on l'enseigne. Les résistances, ajoute M. Gerdy, qui s'opposent à l'équilibre, sont les parties qui attachées, suspendues, ou placées devant la colonne vertébrale, tendent à la renverser de leur côté; ce sont encore les muscles psoas et iliaque, parce que chacun de ces muscles tend, par son ressort, à fléchir le rachis et le bassin sur le fémur. Les puissances essentielles qui luttent incessamment contre ces résistances toujours actives, sont les muscles qui, vont du bassin au cuisses, en passant par derrière l'articulation iléo-fémorale, ou aux jambes. Ce sont les muscles fessiers dans leur portion postérieure, le pyramidal, les jumeaux, le carré, le biceps fémoral, le demi-tendineux, et le demi-membraneux; le point d'appui du levier du rachis et du bassin se trouve sous la tête sphéroïdale du fémur.

Après avoir déterminé les points où se trouvent les forces, résistances et puissances qui agissent sur le levier du rachis et du bassin, et en avoir indiqué le point d'appui, il ne saurait être difficile, continue M. Gerdy, de déterminer le genre du levier. En effet, si les résistances sont en avant, les puissances en arrière de l'articulation coxo-fémorale, si cette jointure est l'appui du levier, celui-ci est nécessairement du premier genre, et non du troisième, comme on le trouve dans les auteurs.

Quoique cette détermination m'ait paru évidente, et quoiqu'elle me le paraisse encore, on me l'a reprochée comme une étourderie, comme une pensée présomptueuse, puisque Barthez et Bichat n'avaient pas eu cette opinion. Je tiens donc à revenir sur cette détermination, et d'abord je remercie mon honorable confrère, M. Forget, de m'avoir fourni l'occasion de développer davantage une théorie de mécanique animale, la seule vraie à mes yeux. Si M. Forget eût fait quelques objections à mes déterminations, je les eusse examinées les unes après les autres, pour y répondre; mais, puisque je n'ai rien de précis à combattre, je suppose donc, à défaut de mieux, qu'on objecte d'abord que les résistances ne sont point placées au-devant du rachis, mais à l'extrémité supérieure, comme l'ont admis plusieurs auteurs. Je répondrai premièrement que, si la résistance était appliquée au point que l'on a supposé, la colonne vertébrale formerait alors une colonne de support et non un levier; que, dans ce cas, la moindre inclinaison en arrière portant la résistance du côté où agissent les puissances qui leur font équilibre, ferait sortir en arrière la ligne de gravité des limites de la base de sustentation, et causerait inévitablement la chute. Or il n'en est pas ainsi; au contraire, pour éviter une chute en avant, l'homme est obligé de se pencher en arrière, quand son ventre est très-volumineux, afin de reporter derrière le point d'appui et du côté des puissances essentielles, une partie du poids de son corps, pour faire équilibre à l'excès de pesanteur des parties antérieures; pareille chose s'observe chez la femme enceinte, chez la marchande qui porte un éventaire, et tous ces faits, qui concourent à démontrer que les résistances, ou si l'on veut leurs résultats se trouvent devant l'appui, les puissances par derrière, prouvent encore que la colonne est un levier de premier genre; ces faits seraient inintelligibles dans toute autre théorie.

Enfin, je suppose même que l'on n'accorde pas que le bassin et le rachis puissent être considérés comme formant un levier unique, la colonne vertébrale prise à part ne formerait encore qu'un levier du premier genre, dont les résistances seraient les parties qui sont placées au-devant, dont les puissances se trouveraient dans les muscles des gouttières vertébrales, et l'appui sur les fémurs: ainsi, quelque supposition que l'on fasse, la théorie reçue ne peut supporter une critique sévère et approfondie, et je ne sais comment on pourrait la justifier. Eh bien! tout ce que je viens de dire pour la colonne vertébrale, s'applique aux fémurs et aux tibias, seulement ils deviennent à tout moment et tour-à-tour colonnes de support ou leviers du premier genre, parce que la ligne de gravité oscille sans cesse par les mouvemens de la station d'avant en arrière, de l'appui de ses os: quand elle aboutit directement à l'appui, ce sont de simples colonnes; c'est le contraire, lorsqu'elle tombe par derrière ou par devant.

M. *Forget* demande la parole et dit qu'il ne se rappelle que confusément et l'article de M. Gerdy, dont il a fait l'analyse dans les *Transactions médicales*, et les assertions qu'il a émises à cet égard. Voici du reste sa réponse: Considérer la colonne vertébrale comme formant un tout avec le bassin, c'est porter la confusion dans l'analyse des phénomènes mécaniques; faire du bassin la base des mouvemens de la colonne vertébrale, c'est frapper d'inutilité l'énorme faisceau des muscles postérieurs du tronc; s'il est incontestable que le rachis se meut indépendamment du bassin, le point initial de ses mouvemens de totalité ne peut exister qu'au sacrum. Pour M. Forget, la base unique de la colonne vertébrale est donc au sacrum; or, comme dans la station ordinaire, le rachis surmonté de la tête où gît la résistance finale, et supportant le poids des viscères thorachiques et abdominaux, présente une inclinaison en avant, commandée par le prolongement dans ce sens de la base du corps; les pieds, comme les muscles extenseurs du rachis (sacro-lombaire et long-dorsal, sacro-spinal de Chaussier) s'insèrent supérieurement à une série de points antérieurs, à une ligne abaissée perpendiculairement à la base du sacrum; il en résulte nécessairement que le rachis est un levier du troisième genre (interpuissant). Car de ce que le rachis est composé de plusieurs pièces, dont chacune et un levier du premier genre intermobile), il ne s'ensuit pas que son ensemble ne puisse former un levier du troisième genre; de ce qu'il existe des muscles qui cheminent d'une vertèbre à l'autre (transversaires épineux), il ne s'ensuit pas que la masse du sacro-spinal ne représente une puissance collective agissant sur le levier total.

M. *Gerdy* prend pour exemple la *position du soldat sous les armes;* d'abord cette position est exceptionnelle, ensuite dans cette position même, l'inclinaison existe encore, autrement le moindre effort en arrière entraînerait la chute dans ce sens, aussi les règles de l'*exercice* prescrivent elles de *porter le haut du corps en avant;* bref, cette inclinaison est dans la nature. Que, pendant la grossesse, et

pendant l'action de porter un fardeau devant soi, le rachis vienne à former un levier du premier genre, c'est tout simple; car un levier incliné, du troisième genre, passe au premier genre, lorsqu'il atteint la perpendiculaire sur sa base, et peut même devenir du troisième genre en sens opposé, s'il se trouve incliné en sens contraire; mais, je le répète, il s'agit ici de la station habituelle.

Maintenant, si j'examine les fémurs, je poserai d'abord en principe que le corps en rectitude figure toujours une ligne plus ou moins brisée. Or, comme une de ces brisures est représentée par le rachis, une autre brisure en sens contraire est formée par le fémur, et ce que j'ai dit du premier s'aplique également au second, le faisceau des muscles antérieurs de la cuisse (triceps et droit crural), s'insèrent supérieurement en un point postérieur à la base représentée par la surface articulaire du tibia, donc le fémur est habituellement un levier du troisième genre, à moins qu'il ne se trouve dans une rectitude forcée.

A ces raisons anatomiques, j'en ajouterai, dit M. Forget, de physiologiques : c'est la lassitude qu'on éprouve aux lombes et à la partie antérieure des cuisses, dans la station prolongée, lassitude qui, dans l'hypothèse de M. Gerdy, devrait être à peu près égale entre les plans antérieurs et postérieurs, c'est encore l'exagération des brisures *naturelles* chez l'individu courbé *sous le poids des années;* c'est enfin cette inclinaison croissante dans les animaux jusqu'à la station quadrupède, en passant par les quadrumanes.

M. *Gerdy* soutient de nouveau son opinion première, et ajoute que c'est à tort qu'on croit que Bichat connaissait la mécanique animale; non-seulement, suivant M. Gerdy, il ne la connaissait pas, mais il ne s'en doutait même pas. Notre honorable confrère lit plusieurs passages des œuvres de Bichat, pour prouver la vérité de ses assertions. DEVILLE.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1834.—M. *Chailly* fait un rapport verbal sur le Bulletin des travaux de la Société médicale de la Loire Inférieure.

Il arrête plus particulièrement l'attention de la compagnie sur un cas de luxation de la cinquième vertèbre dorsale, qui aurait été guérie par l'extension, et sur une hernie étranglée, dont la réduction aurait été obtenue par l'emploi de l'extrait de belladone.

M. *Maingault* élève des doutes sur l'existence de la luxation de la cinquième vertèbre dorsale. Il concevrait plus facilement qu'il y eût en fracture.

M. *Nacquart* partage les doutes de M. Maingault, et ajoute qu'il y aurait danger à ne pas blâmer l'extension pratiquée, dans la vue de réduire la prétendue luxation d'une vertèbre dorsale.

M. *Chailly* répond aux préopinans, en donnant lecture de l'observation : le malade éprouva une paraplégie subite après une brusque incurvation de la colonne vertébrale en avant. L'apophyse épineuse de la vertèbre indiquée fit une saillie facile à constater. Une extension graduée fut employée avec les précautions convenables, et cette extension fut suivie de la guérison.

M. *Nicod* avoue qu'il est porté à ajouter plus de foi à l'opinion des médecins qui ont vu et traité le malade, qu'à d'autres qui n'ont pas eu le fait sous les yeux. Si, comme il le croit, on ne peut admettre qu'il y a eu luxation, il faut reconnaître qu'il y a eu fracture. Comment se rendre compte autrement des accidens graves et subits, éprouvés par le malade? Quant à l'extension considérée comme moyen de traitement, il la croit utile. Il a vu à l'hôpital Beaujon, un corset contribuer puissamment à la guérison d'une fracture de trois vertèbres dorsales.

M. *Chailly* pense que c'est à tort que M. Nicod conclut de l'existence de la paraplégie à celle d'une fracture. Le tiraillement de la moelle, sa contusion ou même sa commotion peuvent rendre raison des phènomènes.

M. *Duparcque* cite le cas d'un jeune enfant qui, monté sur une chaise, tomba de manière à ce que la tête fut violemment portée contre le thorax. Il y eût paralysie de tous les membres, et gêne assez grande de la respiration. Les antiphlogistiques suffirent pour amener la guérison.

M. *Burdin* a vu un enfant de 10 ans qui, se balançant sur ses deux mains, tomba brusquement sur le siége. Il en résulta une paraplégie qui guérit dans l'espace d'un mois.

Suivant M. *Mérat*, l'extension graduée de la colonne vertébrale n'offre pas les dangers dont on a parlé, comme le prouve tous les jours le traitement adopté contre les déviations de la colonne vertébrale.

Relativement à l'emploi de l'extrait de belladone, M. Mérat rappelle que M. Guérin de Bordeaux en enduit une bougie, pour combattre les rétrécissemens spasmodiques de l'uréthre. C'est encore par cette voie qu'il fait pénétrer le médicament, quand il veut s'en servir pour combattre une hernie étranglée.

M. *Téalllier* rend un compte verbal du recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire. Ce recueil contient, comme de coutume, plusieurs faits intéressans. Nous citerons ici : 1° un cas de hernie étranglée qui avait résisté à des frictions pratiquées avec l'extrait de belladone, et dont la réduction a paru devoir être rapportée à des frictions faites sur la tumeur, avec une once d'éther sulfurique; 2° un cas de tétanos traité inutilement par un grand nombre de moyens énergiques, et qui fut combattu avec succès par le carbonate de fer administré à la dose d'une livre par jour, et continué, presque sans interruption, pendant près d'un mois; 3° un Mémoire de M. Touchard, officier de santé à Montlouis, lequel est intitulé : *Précautions prises en France, avant l'inhumation des citoyens morts; Réforme que l'humanité réclame.* M. le rapporteur fait sentir avec combien de raison l'auteur s'élève contre l'insuffisance de la loi et la négligence du gouvernement, qui permettent que, dans un grand nombre de villes et dans toutes les campagnes, la visite des morts soit abandonnée à un officier de l'état civil, lequel est absolument incompétent pour ces fonctions délicates. Les hommes de l'art seuls ont les connaissances nécessaires pour éviter de déplorables erreurs.

M. *Mérat* demande la parole à l'occasion de ce rapport. Il pense qu'il y a impossibilité physique pour un tétanique d'avaler une livre de carbonate de fer.

M. *Delens* partage entièrement l'avis de M. Mérat.

M. *Roche* rappelle qu'un des journaux à 6 francs a rapporté plusieurs exemples de névralgies guéries par l'administration du carbonate de fer, à la dose de plusieurs onces.

Le secrétaire particulier, PRUS.
Le secrétaire général, FORGET.

BULLETIN

MÉDICAL BELGE.

Journal

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE,

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

N° 6. — JUIN 1834.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 6. — JUIN 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Coup d'oeil *sur l'Histoire naturelle des médicamens et sur les écorces d'Angusture vraie et fausse;* par J. Kickx, *professeur au Musée des sciences et à l'école de médecine de Bruxelles, membre résidant.*

Les auteurs qui ont écrit sur l'histoire naturelle des médicamens se laissent ramener quels qu'ils soient aux catégories suivantes : voyageurs plus ou moins exclusivement médecins, voyageurs essentiellement naturalistes, et écrivains sédentaires.

Chacune de ces catégories marche dans une route qui lui est propre, soit parce qu'elle envisage diversement les faits, soit à cause de la nature des matériaux qu'elle emploie. Chacune déduit ses analogies d'observations en rapport avec ses travaux habituels; chacune puise les inductions qui la dirigent dans un esprit d'investigation particulier.

Les voyageurs médecins ont donné des renseignemens précieux sur les qualités physiques et médicales de beaucoup de substances et sur leur emploi thérapeutique; mais ils n'ont pu, dans le plus grand nombre de cas, lever les doutes qui en obscurcissaient l'origine. Les uns en effet se sont contenté de dire que tel produit est fourni par un végétal de telle ou telle famille; d'autres sentant ce qu'il y a de vague dans ces indications, trop générales alors même qu'on les suppose exactes, ont voulu pousser leurs déterminations plus loin et n'ont pas toujours réussi à les mettre à l'abri d'objections fondées.

Les voyageurs naturalistes font justement l'opposé; ils se sont presque toujours attaché à spécifier le végétal et ont négligé ou méconnu ses produits. Humboldt, à qui toutes les sciences doivent quelques-unes au moins de leurs principales découvertes, est le seul qui fasse exception.

Parmi les travaux des pharmacographes sédentaires, en admettant encore qu'ils soient tous également versés dans l'étude des médicamens et dans celle de la botanique, il faut distinguer ceux qui tendent à faire connaître les substances médicamenteuses lancées dans le commerce ainsi que les sophistications dont elles sont susceptibles, des autres dont le but spécial est de rechercher l'origine de quelques-unes d'entre elles.

Ces derniers ne sont qu'hypothèses : et encore quelles hypothèses! Hors le cas extraordinairement rare où les écrivains dont nous parlons auraient simultanément devant eux des échantillons plus ou moins complets de la plante et de son produit, (encore faut-il alors avoir la certitude que celui-ci lui appartient réellement) ils ne possèdent aucune des conditions

nécessaires pour la solution du problème ; ils ne peuvent s'efforcer de l'éclaircir que par le flambeau de l'analogie, guide aussi trompeur pour la plupart d'entr'eux, qu'il est sûr pour un petit nombre d'esprits supérieurs.

Quant aux travaux de l'autre genre, ils ont donné d'assez bons résultats. On peut néanmoins établir qu'il est plus nuisible qu'utile de détailler comment et avec quoi on falsifie une substance ; car ces détails forment un code de sophistication et servent à multiplier et à perfectionner la fraude. Indiquer les caractères auxquels on reconnaît l'objet véritable et rejeter tout ce qui n'a point ces caractères, voilà où l'on devrait s'arrêter. Il est vrai qu'alors maint auteur ne pourrait faire parade de savoir en citant comme des falsifications qui ont lieu, afin que l'on admire sa perspicacité, ce qui n'est très-souvent qu'une prévision puisée dans le domaine de la théorie.

Trop fréquemment aussi l'on perd de vue que les médicamens exotiques que le commerce nous amène ne restent pas toujours identiques avec ceux qu'il nous fournissait primitivement sous le même nom : c'est cependant ce qui arrive. Ces différences au reste ne sont pas toujours également importantes : elles n'ont quelquefois d'autre cause qu'un changement dans le mode de récolte ou l'influence des localités ; ainsi la coloquinte dont on nous approvisionne aujourd'hui possède des qualités physiques différentes de celle que l'on recevait auparavant, quoiqu'elle provienne de la même espèce de Cucumis comme me l'a prouvé le semis des graines.

Mais dans d'autres cas au lieu de différences légères dues aux causes prémentionnées, c'est la substitution du produit d'une espèce de plante par celui d'une espèce du même genre ou d'un genre voisin. Il y a par exemple des raisons de croire que la résine élémi primitivement employée provenait de l'amyris élemifera, arbre des Antilles et de la Guyane française ; que celle qui fut plus tard lancée dans le commerce sous le même nom, était le produit de l'amyris zeylanica, et venait des Indes orientales ; et que la sorte actuellement importée est la résine de l'amyris ambrosiaca ou icica icicariba dec., qui croît au Brésil. Il est facile de sentir combien il en doit résulter d'incertitudes et de confusion.

Au nombre des substances médicamenteuses dont l'histoire nous paraît encore obscure, on doit ranger l'écorce d'angusture. A part celle qu'ils désignent sous la dénomination de fausse-angusture, les pharmacographes n'en mentionnent qu'une sorte. Nous en connaissons trois dont nous allons donner les caractères.

L'une, introduite directement en Angleterre, où elle fut soumise aux premiers essais thérapeutiques vers 1780 environ, ne paraît jamais avoir été importée en grand dans notre pays ; elle est en morceaux alongés, un peu roulés ; son épiderme est gris, inégal ; la couleur de l'écorce sous l'épiderme, et celle de la surface interne de l'écorce, jaune ; texture longitudinale lâche, se laissant diviser en lamelles, la transversale tenace, cassure fibreuse ; saveur très-amère picotante ; celle de l'épiderme acidule. — C'est l'écorce d'un arbre qui forme d'immenses forêts dans la province d'Angusture, dans la nouvelle Andalousie et sur les bords du bas Orenoque, et qui a été appelé Bonplandia trifoliata, par Willdenow, Cusparia fébrifuga, par Humboldt, et Galipæa cusparia, par Decandolle.

La seconde, introduite en Belgique, on ne sait au juste quand, mais point toutefois avant 1797, et généralement employée jusqu'à peu près 1820, est en plaques plus ou moins larges, irrégulières, quelquefois un peu roulées ; épiderme gris, pustuleux, parfois fongueux et couleur de rouille ; couleur de l'écorce sous l'épiderme gris-pâle, celle de la surface interne de l'écorce gris ou noirâtre ; texture compacte ; cassure nette, mate ; saveur très-amère. — C'est peut-être l'écorce du Brucea antidysenterica, Lam., car il est prouvé aujourd'hui que cette plante ne fournit point la fausse-angusture comme on l'avait d'abord cru.

La troisième sorte, qui est aujourd'hui seule dans le commerce belge des drogueries, se présente en morceaux alongés, un peu roulés ; épiderme gris-jaunâtre plus ou moins subéreux ; couleur de l'écorce sous l'épiderme brune, celle de la surface interne de l'écorce gris-rougeâtre ; texture compacte ; cassure nette à points brillans ; saveur très-amère, celle de l'épiderme un peu acidule. — Est-ce l'écorce d'une autre espèce de cusparia, ou celle d'un zanthoxylum, d'un evodia, d'un ticorea ? c'est ce qu'il nous est impossible de décider.

Il n'est personne qui n'ait fréquemment entendu parler des terribles effets de la fausse-

angusture, riche en un alcaloïde perfide que l'on a très-mal à propos nommé Brucine, dans la croyance où l'on était qu'elle provenait d'un arbre de l'Abyssinie, dédié à la mémoire du voyageur Bruce. La fausse-angusture est toujours, dit-on, mêlée à la véritable : et cette opinion est si généralement accréditée à l'ombre d'une foule de noms respectables que j'hésite à en émettre une autre. Je dois néanmoins le déclarer : malgré de longues recherches faites depuis plusieurs années je ne suis jamais parvenu à la trouver et personne de mes confrères ni de nos droguistes n'a été, que je sache, plus heureux que moi.

Ce qu'il y a en outre de remarquable, c'est de voir les pharmacographes français, selon qui cette fausse angusture ne peut être rare, lui donner chacun des caractères différens et souvent opposés.

En effet, selon Virey (*Mat. méd.*, p. 324, 1820) cette angusture est un peu aplatie, épaisse d'une ligne; son épiderme est couleur de rouille, son écorce fauve.

Suivant Guillemin (*Dict. des Drogues*, de Richard, 1827) elle est en morceaux plus ou moins longs, roulés, lourds, compactes, de 2 à 3 lignes d'épaisseur; sa surface externe est, dit-il, recouverte d'une exubérance lépreuse jaune foncé et couleur de rouille; la couleur du côté interne doit être le gris-brunâtre.

Richard (*Bot. médic.*, tom. II, 1831) à son tour donne à l'écorce qui nous occupe, la forme de plaques épaisses, compactes, pesantes; un épiderme quelquefois fongueux gris-rougeâtre; la substance intérieure y est indiquée couleur de rouille très-claire ou grise.

Dans l'intervalle de ces deux publications, Fée (*Cours d'histoire nat., Pharm.*, 1828) avait décrit la fausse angusture comme s'offrant en fragmens roulés ayant gardé leur courbure native, d'une épaisseur variable; leur épiderme serait gris-blanc, rugueux, à exubérance couleur de rouille : l'écorce brune en dessous.

A travers les dissemblances qu'offrent ces descriptions, on pourrait être tenté de prendre pour fausse angusture notre seconde sorte d'angusture vraie; mais pour détruire ce rapprochement il suffit d'ajouter que celle-là bien certainement n'est pas vénéneuse, puisqu'à l'époque où elle constituait à l'exclusion de toute autre l'angusture de nos officines, (et cette époque n'est pas éloignée) les médecins qui l'ont employée en ont régulièrement obtenu les effets qu'ils en attendaient, ou au moins ne lui ont jamais observé d'effet toxique.

Que conclure de ce qui précède, sinon qu'on est loin d'avoir sur les caractères de la fausse angusture les renseignemens désirables, et qu'ici comme en une foule d'autres cas, nonobstant le grand nombre de traités publiés depuis le milieu du dix-huitième siècle, nous en sommes encore réduits à faire l'aveu de notre ignorance.

De la réaction *du sucre incristallisable ou mélasse sur le deuto-chlorure de mercure;* par J.-G. Leroy, *pharmacien, membre résidant.*

Le deuto-chlorure de mercure est un de ces médicamens qui demande dans son emploi les plus grandes précautions, si le praticien veut en obtenir tous les effets qu'il a droit d'attendre.

Dejà un grand nombre de savans pharmacologistes et chimistes nous ont fait connaître la prompte décomposition de ce coprs par une infinité de substances avec lesquelles il est susceptible d'être allié pour être introduit dans l'économie animale.

Le savant pharmacien Boullay (1) rapporte une série d'expériences faites avec tous les corps qui entrent dans la composition du sirop de salsepareille composé; il nous apprend que chacun des corps en particulier réagit sur le deuto-chlorure de mercure et le fait passer à l'état de protosel, et que quelques-uns d'entr'eux, principalement la bourrache, décompose totalement le deuto-chlorure et précipite la base du sel à l'état métallique; mais il reconnut que ce n'est qu'au bout de douze à quinze jours, que le sucre réagit, bien légèrement sur le sel mercuriel.

Après M. Boullay, M. Vogel, chimiste instruit, nous apprit par une suite d'expériences

(1) Bulletin de Pharmacie, 1811.

délicates que le sucre ne décompose promptement le deuto-chlorure qu'à l'aide de la chaleur, et que la décomposition est d'autant plus grande que le sucre est plus impur.

Un praticien de cette ville avait fait la remarque que lorsqu'il prescrivait du sirop de mélasse avec addition de sel mercuriel, cette préparation perdait au bout de quarante-huit heures toute sa saveur mercurielle, qui était remplacée par la saveur naturelle de la mélasse. La plupart de ses malades soumis à ce traitement, lorsqu'ils prenaient les dernières cuillerées de leur sirop, éprouvaient une salivation abondante, des maux de ventre tels qu'ils se trouvaient dans l'obligation de suspendre tout traitement.

Je fus consulté pour éclairer ce praticien : il me fut impossible de prime abord, de lui donner une réponse satisfaisante, mais je lui promis de m'en occuper.

Ayant inutilement feuilleté des ouvrages tant de chimie que de pharmacie, aucun ne me fit connaître le mode d'action de la mélasse sur le deuto-chlorure de mercure; je fus donc forcé pour satisfaire au désir du praticien de tenter moi-même une expérience :

Je pris une livre de sirop de mélasse auquel j'ajoutai 3 grains de deuto-chlorure de mercure; le premier jour il ne me parut pas changer d'aspect, la saveur mercurielle se faisait fortement sentir; mais au troisième jour un léger trouble se manifesta avec diminution de saveur mercurielle; après quelques jours le sirop reprit sa transparence, perdit sa saveur primitive, pour reprendre la saveur naturelle de la mélasse; vers le dix ou onzième jour, je remarquai dans le fond de la bouteille un précipité grisâtre, assez pesant, je décantai doucement toute la partie claire, jusqu'à bien près du précipité, auquel j'ajoutai quatre onces d'eau distillée; je l'agitai fortement pour faire lever le précipité, je la versai dans un verre : elle resta vingt-quatre heures avant de déposer totalement dans le fond du vase le précipité qu'elle contenait. Lorsque tout le liquide fut devenu totalement limpide, je décantai, je laissai le précipité se dessécher spontanément; lorsqu'il fut totalement privé d'humidité, je détachai doucement avec la pointe d'un canif, pour le réunir en une seule masse; mais je ne tardai pas à apercevoir quelques points brillans, bien petits : je me saisis aussitôt d'une loupe qui m'annonça que ces points brillans n'étaient autres que des globules de mercure; je facilitai alors la réunion de ces globules en un seul que j'obtins du poids d'environ un grain et demi.

Ce simple travail nous fait connaître que l'emploi du sirop de mélasse avec addition de sel mercuriel dans le traitement des maladies syphilitiques, demande de la part du praticien les plus grandes attentions en ce que les malades soumis au traitement ne prennent le sel mercuriel que dans les premiers jours, et qu'ensuite ils courent des dangers en prenant vers la fin de leur sirop du mercure à l'état de division extrême, qui ne laisse pas que d'avoir une action très-marquée au point de donner lieu à une salivation abondante et d'occasionner des douleurs de ventre.

Je sais qu'on emploie le sirop de mélasse pour remplacer le sirop de salsepareille composé, parce que cette préparation se trouve plus à portée de certaines fortunes, et que des praticiens ayant connaissance que le sel mercuriel ajouté au sirop de salsepareille composé, se trouve paralysé par les substances qui le compose, ont donné la préférence à la mélasse, croyant que le sel ne s'altérait pas.

Je sais de plus, que des pharmaciens ont la conscience si peu délicate, qu'ils se permettent de faire entrer dans la composition de leur soi-disant sirop de salsepareille composé une très-grande quantité de mélasse, qu'ils vendent alors à vil prix.

Mais de tels hommes n'ont pas honte de fausser leur conscience, peu leur importe s'ils trompent l'attente du médecin, et s'ils ruinent la santé du malade, pourvu que l'argent vienne.

Je ne m'arrêtai pas à cette seule expérience; je voulus m'assurer si la décomposition complète du sel mercuriel ne dépendait pas de la quantité relative, du moins ce que j'entrepris me confirma dans mon opinion; je pris donc deux onces de sirop de mélasse auquel j'ajoutai trois grains de deuto-chlorure : j'obtins pour résultat du sel à l'état de proto. Depuis plus d'un mois que cette préparation est faite, le proto-chlorure n'a pas encore changé d'état.

La mélasse peut devenir un puissant antidote dans un empoisonnement par le sublimé corrosif joint à l'albumine, par la prompte décomposition qu'il peut opérer, parce que, administré dans ce

cas, la chaleur de l'estomac suffit pour activer la réaction. Il est bon de n'employer qu'une quantité de mélasse en rapport avec le deuto-chlorure.

D'après ces recherches on doit conclure : que si on veut obtenir des bons effets du sirop de mélasse avec addition de sel mercuriel pour remplacer convenablement le sirop de salsepareille composé, il faut préparer ce médicament en quantité telle, que le malade le prenne en trois jours au plus, car dépasser ce terme, c'est nuire.

De la formation de l'ammoniaque *pendant la préparation du sulfure d'antimoine hydraté* (kermès minéral); par J.-G. Leroy, *pharmacien, membre résidant.*

Antérieurement aux travaux du docteur Austin, l'azote atmosphérique était regardé comme étranger aux différentes combinaisons opérées en son contact. Aujourd'hui on lui attribue un rôle moins passif. Plusieurs observations démontrent que s'unissant en certains cas à l'hydrogène de l'eau, il donne naissance à l'ammoniaque; en effet, les observations du professeur Vauquelin sont venues confirmer celles du docteur Austin, qui ayant mis du gaz azote en contact avec du fer humecté d'eau, annonça qu'il se formait de l'oxide de fer et de l'ammoniaque. M. Vauquelin a trouvé cet alcali dans de la rouille de fer.

Le professeur Dulong en a signalé la formation dans le passage du sulfure de fer à l'état de sulfate.

M. Chevallier ayant répété les analyses du docteur Austin et entrepris de nouvelles expériences, non-seulement confirma les conclusions de ce chimiste, mais prouva irrécusablement que l'ammoniaque résulte de la décomposition de l'eau dans l'oxidation du fer.

Pendant que M. Chevallier s'occupait de ces recherches, de son côté, M. Collard de Martigny rencontrait dans l'acétate brun noir d'argent qui se forme spontanément, l'ammoniaque tout formé, ainsi que dans du deuto-carbonate de cuivre vert, provenant de l'action de l'air sur l'alliage des monnaies de deux sous de France.

De l'empois préparé avec de la fécule entièrement privée d'azote a fourni de l'ammoniaque par sa décomposition lente au contact d'un air atmosphérique pur.

L'observation que je vais avoir l'honneur de vous rapporter, vient appuyer le raisonnement de ces chimistes qui, non-seulement ont reconnu la formation de l'ammoniaque résultant de la combinaison de l'azote atmosphérique avec l'hydrogène à l'état naissant qui se dégage de ces composés, mais de plus que *l'azote atmosphérique est capable d'opérer la décomposition de certains composés d'hydrogène pour donner naissance à l'ammoniaque :* c'est ainsi qu'il peut décomposer l'hydrogène sulfuré et mettre le soufre à nu et cela spontanément. Quand on réfléchit à la faible combinaison de l'hydrogène avec le soufre contre celle qu'il peut donner avec l'azote, nous ne devons plus être étonné d'un semblable résultat.

Ayant préparé, d'après le procédé de Clusel, du sulfure d'antimoine hydraté (kermès minéral) qui consiste dans une ébullition d'une heure environ, d'un mélange dans certaines proportions de sous-carbonate de soude cristallisé de proto-sulfure d'antimoine et d'eau, lorsqu'il s'est agi de séparer le liquide du sulfure d'antimoine hydraté qui se trouve déposé par refroidissement, je rencontrai une odeur forte que je pus difficilement distinguer, tellement le gaz qui s'échappa de la surface du liquide passa avec rapidité devant moi. Je répétai donc l'expérience, et pour lors je pris tous les soins convenables pour m'assurer de ce qui se passait : je m'appuyai dans ce cas non-seulement des sens mais des réactifs convenables. Le lendemain le gaz que je recueillis fut de l'ammoniaque qui paraissait couvrir la surface du liquide, où il

s'était formé. L'odeur était tellement forte qu'il était difficile de tenir devant soi le vase qui contenait la préparation. Le peu de mouvement qu'on imprimait au liquide suffisait pour dégager tout l'ammoniaque formé.

L'ammoniaque dans cette circonstance devait sa formation à la *décomposition de l'hydrogne sulfuré* qui, se dégageant du liquide où il avait pris naissance, se trouvait en contact avec l'azote atmosphérique, s'emparait de l'hydrogène et mettait à nu le soufre qui se déposait.

LÉGISLATION MÉDICALE.

Réflexions *sur quelques points de la législation médicale en vigueur en Belgique; par le* Docteur Fallot, *médecin principal de l'hôpital militaire de Namur, membre de la commission médicale de la province, ex-membre de la commission de révision de la loi sur la police médicale*, etc.

Le besoin d'une révision générale de notre législation sanitaire était senti depuis long-temps; le bon sens public avait fait justice de la loi du 12 mars 1818, agglomération incohérente de dispositions les unes vagues, les autres inexécutables et d'autres peu honorables pour le corps dont elles étaient destinées à fixer l'état et rédigées avec un tel défaut d'ordre et de méthode que les exceptions y précédaient la règle. Les nombreux arrêtés d'administration publique, émanés dans l'intérêt de son exécution, révélaient, à chaque instant, la précipitation et l'incurie qui avaient présidé à sa rédaction. Que dire de ces pièces annexées à l'arrêté royal du 31 mai 1818, qualifiées du nom d'*instructions*, et qui, n'ayant jamais été publiées dans le *Recueil des lois*, ne pouvaient lier, en aucune manière, les tribunaux? si ce n'est qu'à côté des dispositions les plus niaisement minutieuses elles laissaient d'immenses lacunes et compliquaient la législation loin de la simplifier? Ce fut dans l'intention de faire désormais cesser des abus reconnus et patens que le gouvernement déchu réunit, en 1828, à Bois-le-Duc, une espèce de congrès médical, composé d'un député de chaque commission spéciale (1), et présidé par le référendaire chargé, au département de l'intérieur, des affaires relatives à l'art de guérir dans le royaume. Il n'était pas moins judicieux qu'équitable de faire représenter tous les intérêts sociaux dans une pareille assemblée. La mesure était sage et bien conçue, et si elle manqua en partie son but, il faut l'attribuer principalement à ce que la communication de la réunion n'ayant été faite que tardivement, la plupart des députés des commissions méridionales y arrivèrent sans aucune préparation. Cependant elle ne fut pas sans résultats :

(1) Cette réunion aurait eu l'avantage de représenter le corps médical de tout le royaume, si elle n'avait pas été exclusivement composée d'hommes intéressés dans la question. C'est ainsi, par exemple, qu'il eût été plus convenable d'y ajouter, pour chaque province, un médecin tenant sa mission de ses confrères, et chargé, dans l'intérêt de tous, de proposer les améliorations reconnues nécessaires. Cette marche, plus libérale, et plus conforme à nos institutions, aurait dû être suivie par le gouvernement actuel pour la nomination de la commission nouvelle, qui ne compte que sept membres, et parmi lesquels la province de Brabant fournit les cinq septièmes. Le deux autres appartiennent aux provinces de Liége et de Hainaut : reste donc six provinces qui ne sont pas représentées. Si nous parcourons la liste de ces membres (voyez le n. de mai) nous remarquons que les membres des commissions médicales y sont en majorité, et on peut dès-lors prévoir que les intérêts de ces dernières seront vivement soutenus. Il semble aussi qu'on ait voulu faire un titre à MM. François et Sauveur de leur ancienne participation au travail de révision des lois et réglemens sur la matière ; mais alors, pourquoi exclure ceux qui possédaient cette même qualité ?

(Note du Rédacteur.)

plusieurs points intéressans y furent débattus, des modifications importantes consenties, ainsi qu'on peut le voir dans le volumineux procès-verbal de ses opérations, dont il se trouve sans doute quelques exemplaires au département de l'intérieur.

Cependant, on ne saurait en disconvenir malgré les changemens majeurs que la législation aurait subis par suite de ce congrès, si le royaume des Pays-Bas avait plus long-temps duré, il s'en faut de beaucoup qu'elle eût été, pour les provinces belges, ce que réclamaient la plupart de leurs députés.

Espérons que, dans la circonstance présente, aucun motif, étranger à la matière, ne viendra se jeter en travers des améliorations proposées, que l'amour seul du bien public servira de guide dans la voie à parcourir et que ce sera au flambeau de l'expérience qu'on s'y éclairera.

C'est dans l'intime conviction de nous acquitter d'un devoir en concourant, autant qu'il est en nous, à l'œuvre importante que la nouvelle commission, nommée pour la révision des lois sur l'exercice de l'art, est chargée d'accomplir, que nous publions ces réflexions dont les principales ont été soumises au congrès, à Bois-le-Duc, dont nous eûmes l'honneur de faire partie comme député de la province de Namur.

§ I. — *Commissions provinciales.*

Ceux qui parlent de remplacer les commissions provinciales de surveillance par le jury, tel qu'il existait dans le régime de la loi du 19 ventôse, an XI, confondent deux choses essentiellement différentes. Le jury ne possédait qu'une très-petite partie des attributions des commissions. Ce qui viciait sa première institution dans son essence, c'était l'intermittence de son action. Les fonctions des jurés étaient suspendues pendant tout le temps qu'ils ne siégeaient pas pour procéder aux examens, ou à la visite des officines des pharmaciens et des boutiques des droguistes, avec l'agrément de l'autorité. L'action des commissions est, au contraire, constante, de tous les instans pour ainsi dire; leur surveillance, sur toutes les branches de l'art de guérir, n'est assujettie à aucune suspension, et ce n'est pas le caprice des agens de l'administration qui la règle, mais la loi. Il n'y a donc pas le moindre doute sur la préférence à accorder à l'institution des commissions sur celle des jurys. — Et, si du raisonnement nous passons à l'expérience, nous verrons que, depuis 1818, il s'est introduit dans l'exercice de l'art de guérir, une régularité jusqu'alors inconnue; que les campagnes et les villes ont été moins infectées par les charlatans qui distribuent avec audace le poison et la mort, que l'impudence des rebouteurs et des mèges, couvrant leur ignorance et leur avidité du titre usurpé de docteurs ou officiers de santé, a été réprimée; que les officines pharmaceutiques ont, par la richesse de leurs approvisionnemens, leur ordre et leur propreté, donné au public toute la garantie désirable, et que les infractions commises contre les lois ont été incontinent portées à la connaissance des officiers du parquet pour être poursuivies conformément aux lois.

Mais, tout en nous prononçant pour le maintien des commissions provinciales de surveillance, nous pensons qu'il y a certains points de leur organisation qu'il est important de modifier.

1° Que l'égalité des allocations pécuniaires aux différentes commissions n'est nullement équitable. Il y en a, en effet, dont la caisse est surabondamment alimentée par le produit des frais d'examens, de manière à leur rendre superflue toute subvention faite par le trésor, tandis que d'autres, privées de cette ressource, ne trouvent pas, dans l'indemnité, de quoi faire face aux dépenses urgentes. En jetant un coup d'œil sur les comptes de la commission de la province de Namur, on reconnaîtra la justesse de l'observation ci-dessus. En effet, presque tous les ans leur caisse a présenté un déficit que les membres ont comblé de leurs propres bourses.

2° Que la faculté laissée aux députations des états provinciaux, d'ajouter un ou deux candidats à la liste de ceux présentés par les commissions, pour remplacer les vacances survenues dans leur sein, est abusive. Elle ne peut jamais être utile, souvent elle est pernicieuse. Si, toujours et partout, les états souscrivent aux propositions faites par les commissions, leur

intervention est inutile : s'ils y changent quelque chose, ils s'exposent à y faire entrer des gens ignares ou impropres. Car, on ne peut pas prétendre que des hommes, d'ailleurs capables, mais étrangers à la *science* et à l'*art* de la médecine, connaissent mieux les besoins en personnel de ces colléges que les médecins qui en font eux-mêmes partie. C'est une de ces nombreuses concessions que, sous le régime déchu, on faisait aux administrations supérieures en faveur du principe dominant de l'aristocratie des places. Mais, tout en plaidant pour le maintien des commissions provinciales, en invoquant, pour leur conservation et le raisonnement et l'expérience, nous puisons à cette même source pour demander la suppression des commissions locales. Si, contre toute vraisemblance, on se décidait pour leur conservation, il est de la dernière évidence que ce n'est plus que là où les commissions provinciales les jugeraient nécessaires qu'il faudrait les établir, et qu'on rejetterait tout d'abord, comme absurde, la base posée par l'art. 17 de la loi du 12 mars. C'est ce qui avait été pleinement reconnu au congrès médical de Bois-le-Duc.

Il y aurait alors aussi, et sur leurs attributions et sur la règle de leur composition de la nomination et du remplacement de leurs membres, plusieurs réflexions à faire.

§ 2. — *Officiers de santé et chirurgiens de campagne.*

Une mesure sur laquelle nous ne saurions trop insister et que nous considérons comme fondamentale d'une législation sanitaire sage et utile, c'est la suppression de la classe dite *des officiers de santé et des chirurgiens de campagne.*

Entre les considérations aussi nombreuses qu'imposantes qui militent en faveur de cette suppression, nous ne nous arrêterons qu'à une seule comme touchant directement à l'institution et laissant en dehors toute discussion de personnes, toujours délicates et souvent oiseuses : nous la puisons dans les discours mêmes des orateurs du gouvernement, qui soutinrent près de la législation, le projet de loi du 19 ventôse. Écoutons Carret (du Rhône) : « L'article 3, qui établit une ligne de démarcation entre les docteurs et les officiers de santé, a paru blesser quelques esprits. Mais cette différence dans les noms, dans la durée des études et dans la forme des réceptions est conforme à la nature même des choses. Les habitans des campagnes ayant des mœurs plus pures que ceux des villes, ont des maladies plus simples, qui exigent par cette raison moins d'instruction et moins d'apprêts. D'ailleurs lorsque des hommes ont fait de grands sacrifices pour leur éducation, et qu'ils ont acquis une connaissance profonde de la médecine, il serait tout à la fois injuste et difficile de les obliger à enfouir leurs talens dans les campagnes. » (*Opinion de Carret sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, séance du tribunat du 17 ventôse, an XI.*) Jard-Panviller : « On a cru devoir admettre à l'exercice de l'art de guérir une autre classe de praticiens qui seront désignés sous la dénomination d'officiers de santé : cette disposition a pour objet 1° de ne pas écarter de la profession de la médecine des jeunes gens qui auraient un goût particulier pour cet état, mais qui, à raison de la première éducation qu'ils auraient reçue et du défaut de fortune de leurs parens, ne pourraient pas remplir les conditions exigées pour être reçus docteurs dans une des écoles spéciales de médecine ; 2° de procurer aux habitans des campagnes les secours dont ils peuvent avoir besoin dans les cas de blessures ou de maladies légères auxquelles ils sont sujets. » (*Discours de Jard-Panviller au Corps législatif, sur le projet de loi relatif à la médecine, séance du 19 ventôse, an XI.*) Écoutons encore Fourcroy : « Il fallait pourvoir à une autre nécessité plus pressante peut-être encore que celle de former et de recevoir des docteurs en médecine et en chirurgie. Les soins dus aux habitans des campagnes, le traitement des maladies légères, celui d'une foule de maux, qui, pour céder à des moyens simples, n'en demandent pas moins quelques lumières supérieures à celles du commun des hommes, exigeaient qu'on substituât aux chirurgiens anciennement reçus dans les communautés, des hommes assez éclairés pour ne pas compromettre sans cesse la santé de leurs concitoyens. On propose à cet effet d'établir dans chaque département un jury chargé de recevoir les jeunes gens, que les moyens de leurs parens ne permettraient pas d'entretenir dans des études très-dispendieuses, mais qui, par six ans de travaux assidus auprès des docteurs, ou cinq années de résidence dans les hôpitaux civils et militaires, auront acquis assez de connaissances pra-

tiques, et auront été à portée de faire assez d'applications utiles, pour être devenues capables de soigner les malades, et d'éviter les erreurs funestes que l'ignorance et l'impéritie ne commettent que trop souvent. Ils porteront le nom d'*officiers de santé.* » (*Exposé des motifs du projet de loi sur l'exercice de la médecine*, par Fourcroy, *conseiller d'état, orateur du gouvernement.*) On voit aisément, par la combinaison de ces différens passages, qu'en créant une classe de médecins secondaires on ne faisait en France que céder à la nécessité. Plutôt que de laisser les gens de la campagne sans secours, on se résignait à les livrer à des hommes possédant, comme dit Fourcroy, *quelques lumières supérieures à celles des communs des hommes.* Or, cette nécessité n'existe pas chez nous. La Belgique est populeuse, riche, féconde en ressources de toute espèce : il n'y a pas un district qui ne soit en état d'offrir à l'homme de l'art qui viendra s'y fixer une existence honorable. Il s'y trouve d'ailleurs un nombre plus que suffisant de docteurs pour pourvoir aux besoins des habitans. Ces docteurs, après des études longues, régulières, bien dirigées, et que de nouveaux réglemens universitaires rendront, il faut l'espérer, encore plus fortes, offriront au public d'autres garanties que les connaissances pratiques, dont Fourcroy suppose la possession acquise, chez les officiers de santé *par l'exercice des travaux assidus auprès des docteurs, ou cinq années de résidence dans les hôpitaux civils ou militaires*, et à l'aide desquelles il espère leur voir éviter *les erreurs funestes que l'ignorance et l'impéritie ne commettent que trop souvent.*

Il est évident que la suppression de cette classe de personnes ne porterait aucune atteinte à l'existence ni aux droits de ceux qui, sur la foi de la législation actuelle, se sont établis. Ils continueraient à jouir des avantages qu'elle leur assurait : mais on ne ferait aucune réception nouvelle et on laisserait au temps le soin de leur extinction progressive.

§ 3. — *Chirurgiens de ville.*

En même temps qu'on ferait disparaître la classe *d'officiers de santé* ou *chirurgiens des campagne,* on laisserait aussi s'éteindre celle des *maîtres en chirurgie*, désignés dans la loi du 12 mars, sous le nom de *chirurgiens de ville,* concession faite au souvenir des temps où la chirurgie asservie à la médecine n'était qu'une espèce de métier, exploité par des gens sans éducation première, sans consistance locale, et sans instruction suffisante. Cette classe de praticiens est d'autant plus nuisible que, malgré le peu de connaissances que plusieurs d'entr'eux possèdent et qui se bornent à sa partie ministrante ou mécanique de l'art de guérir, elle fait, en toute occasion, des excursions sur le domaine de la médecine qu'elle ne connaît pas, parce qu'on ne la lui a pas apprise.

Nous sommes le premier persuadé que, dans l'état actuel de la science, il est presque impossible aux hommes qui s'y dévouent d'atteindre à toutes les connaissances nombreuses et élevées dont elle s'est enrichie et s'accroît chaque jour. Nous conçevons que, sans la grande difficulté de l'embrasser dans son ensemble il soit nécessaire de diviser l'art auquel elle a donné naissance en deux grandes parties; et rien, sous le rapport de l'exercice, ne nous semble plus rationnel que la distinction des médecins et des chirurgiens ; mais rien ne nous paraît plus absurde que de sacrifier une des branches des sciences à l'autre en la mettant, pour ainsi dire, sous son empire, d'exiger des médecins qu'ils connaissent la chirurgie sans laquelle la médecine ne possède pas le complément de tous ses moyens, tandis qu'on dispense les chirurgiens des études médicales, ou qu'on ne leur en donne, tout au plus qu'une teinture superficielle, toute théorique, défaut le plus choquant, institution la plus irrationnelle dont l'organisation constitutive de l'art de guérir dans les Bays-Bas, ait offert l'exemple, et qu'elle n'a assumé, d'ailleurs, que comme un héritage transmis par des législations antécédentes.

Astreingnant, désormais, les candidats à l'art médical et chirurgical aux mêmes études, exigeant d'eux les mêmes conditions de savoir, nous voudrions que les uns et les autres ne pussent exercer qu'à la faveur du titre de *docteur*, titre, nous le savons parfaitement, qui ne donne pas la science, mais sait la faire présumer, partout où les facultés sont bien composées et pénétrées de l'importance de la mission que la nation leur confie; et, après avoir puisé une science solide et appris à en faire l'application au lit du malade, réunion d'avantages qui manque presque partout où il n'y a pas d'écoles; après avoir fait, ensuite, preuve de leurs con-

naissances dans les examens divers ou l'on alliera à la théorie la *pratique* qui, seule peut l'appuyer, ils arriveront dans la société également garantie de la séduction des idées purement spéculatives et de l'automatisme aveugle de la médecine empirique.

Mais, pour faciliter, autant que les besoins de la société le réclament, que l'équité le commande, à tous les régnicoles désireux de suivre cette carrière, l'acquisition des connaissances multipliées exigées du candidat au doctorat et ne pas instituer une espèce de monopole en faveur de ceux que la fortune comble de ses biens, ou dont le hazard a fixé le domicile dans les villes où les facultés seront établies, il sera nécessaire d'ériger, dans chaque chef lieu de province, une école secondaire de médecine. La commission dont nous faisons partie a rédigé dans le temps et transmis au département de l'intérieur un travail détaillé sur l'organisation de semblables écoles. Il se trouve, sans doute, quelque part dans les cartons, et si la mesure recevait l'approbation du pouvoir on pourrait le consulter.

§ 4. — *Oculistes et dentistes.*

Quant aux classes des *oculistes* et *dentistes*, leur existence en quelque sorte isolée légalement au milieu de la médecine nous paraît un contresens des plus frappans. Ne semblerait-il pas que des médications sur les yeux et les dents puissent être tentées, sans que l'économie générale s'en ressente, et qu'on puisse être habile médecin pour les maladies des dents et des yeux sans connaître les rapports par lesquels les organes sont liés aux autres parties du corps, les sympathies qu'ils soutiennent avec elles, les altérations qu'ils leur communiquent et qu'ils en reçoivent. Qu'un médecin au milieu d'études fortes et régulières s'occupe spécialement des affections de yeux ou des dents, la science ne peut qu'y gagner : elle est si vaste, ses différens domaines sont si féconds que chacun d'eux fournit, à celui qui l'exploite, une ample moisson de connaissances. Mais que personne ne soit admis à s'exercer sur les yeux et les dents malades sans savoir quelles affections peuvent venir compliquer leurs souffrances et quels moyens il faut mettre en œuvre pour conjurer celles des organes internes survenues à l'occasion des leurs, sans être, en un mot, *médecin*.

§ 5. — *Pharmaciens.*

Une mesure dont nous nous promettons le plus heureux effet, serait l'abolition du libre exercice de la profession de pharmacien et la détermination du nombre d'officines dans chaque district. Cette proposition peut au premier abord sembler mal-sonnante, inconstitutionnelle, attentatoire à la liberté des citoyens, mais leur examen calme et impartial prouvera sans peine qu'elle n'est entachée d'aucun de ces vices et qu'elle est féconde en résultats désirables.

Et 1° Si c'est une innovation dans le pays, ce n'en est pas une dans la profession en général. En Suisse et dans plusieurs districts de l'allemagne, elle est depuis long-temps en usage et partout on s'en trouve bien.

2° Notre pacte fondamental garantit à chacun pleine et entière *liberté ;* mais la liberté ne consiste pas à pouvoir faire *tout* impunément : elle n'est que le droit de faire tout ce que les lois ne défendent pas. Or, dès qu'une disposition législative, prise dans les formes constitutionnelles, aura sanctionné la mesure que nous sollicitons, il n'y aura plus aucune atteinte portée à la liberté de celui à qui on interdira d'ouvrir une officine de pharmacien, du moment que le nombre fixé de ces commerçans sera atteint, et aussi long-temps qu'un décès ou une démission ne l'aura pas diminué.

3° Nous trouvons dans notre société même, un antécédent de la mesure proposée; elle existe pour les notaires dont la loi a déterminé le nombre dans chaque district; son but est d'ouvrir à ces fonctionnaires une perspective honorable, de leur assurer les moyens nécessaires de vivre de leur état et par là même au public une espèce de garantie de savoir et d'indépendance dans les transactions délicates dont ils doivent être les instrumens et de fidélité dans la conservation des valeurs dont ils peuvent être dépositaires : or, ne ferait-on pas pour la vie des hommes ce qu'on a fait pour leur fortune? L'apothicaire ignorant ou infidèle n'est-il pas un être aussi dangereux pour la société qu'un notaire ignare ou prévaricateur? A côté de cette

mesure il viendrait s'en placer naturellement une autre dont l'importance se fait journellement sentir mais qu'on ne peut atteindre séparément de l'autre, c'est l'interdiction aux pharmaciens de tout autre commerce que celui des drogues en détail ; on ne peut, sans en avoir été témoin, se faire d'idée de ce qu'il résulte de préjudice pour l'exercice de la pharmacie de son cumul avec différens commerces, dont les uns ont de l'analogie avec lui; d'autres lui sont complétement étrangers, mais tous lui sont préjudiciables en attirant son personnel et ses capitaux dans d'autres directions que celles qu'ils devraient, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, poursuivre exclusivement. Le dernier paragraphe de l'article XXXII de la loi du 21 germinal au XI, interdissait expressément aux pharmaciens de faire dans les mêmes lieux aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou préparations médicinales.

Il existe un autre abus qui ne se maintient qu'à la faveur du silence tenu par les lois à son égard, mais qu'il suffit de signaler pour en faire faire justice, tant il révolte le bon sens. C'est la tenue de plusieurs pharmacies par le même titulaire, ou d'une seule, placée dans une autre maison que celle de son habitation. S'il est un art qui demande une surveillance de chaque instant, c'est bien la pharmacie, puisque la plus légère erreur en apparence peut devenir cause directe de mort, et comment l'exercer cette surveillance quand on a plus d'un établissement ou qu'on n'habite pas celui qu'on exploite.

Mais voyez à quelles exorbitantes conséquences donnerait d'ailleurs lieu l'admission du principe qu'on peut être titulaire en même temps de deux officines ! Si on l'accorde pour deux, il n'y a pas de raison pour ne pas l'étendre à dix, à vingt, à toutes celles de la province, de tout le royaume même, si l'entrepreneur a assez de capitaux pour les faire marcher.

C'est ici le lieu de dire quelques mots de la faculté laissée par la législation actuelle aux médecins et chirurgiens du plat-pays, de vendre des médicamens.— D'un côté, nous croyons qu'on ne pourrait sans dommage pour les malades la leur interdire complétement ; d'un autre, que telle qu'elle existe aujourd'hui elle est trop large, et nous voudrions la régler par la disposition suivante, ou toute autre semblable. *Il est permis aux médecins et officiers de santé de fournir des médicamens à leurs malades dans les communes où il n'y a pas de pharmacien établi et autour de laquelle il ne s'en trouve pas d'établi dans un rayon de 5000 mètres. Dans aucun cas, ils ne pourront tenir d'officine ouverte.*

Les motifs de cette proposition sont puiss : 1° Dans la gravité des abus dont la disposition légale actuellement existante s'accompagne. 2° Dans l'atteinte profonde, nous allions dire mortelle, qu'elle porte à l'existence des pharmaciens du plat-pays.

Expliquons-nous pour ce qui est du premier point, observons que du moment que les médecins et chirurgiens jouissent de la faculté de fournir des drogues, il est naturel que pour augmenter leur débit et leurs bénéfices, ils la prescrivent à chaque visite, à tout propos. Heureux encore le malade si on ne lui ordonne pas de préférence, et sans égard pour la nature du mal, les médicamens dont il est avantageux au médecin d'être débarrassé. Ainsi pendant que la loi cherche à prévenir les collusions coupables entre le médecin et le pharmacien, elle est créée pour ainsi dire entre le médecin *prescrivant* et le même médecin *vendant des drogues.*

Nous connaissons des médecins chez lesquels les avis sont délivrés gratuitement ; on peut venir chez eux à tout jour, à toute heure, sans cesse ils sont à la disposition de l'humanité souffrante; mais aussi jamais le malade ne sort de la maison qu'approvisionné de paquets, de bouteilles, dont le coût pourrait faire douter de l'ardente philantropie et du généreux désintéressement de l'Esculape.

Nous trouvons un second abus dans la manière dont les médicamens magistraux sont préparés et délivrés chez le médecin ou chirurgien-pharmacien. — Ces Messieurs se mettent en tournée pour visiter leurs malades à de plus ou moins grandes distances, et à moins qu'ils ne fassent, comme certain praticien que nous avons connu, et qui garnissait en quittant la maison ses foutes de pistolet de paquets d'émétique, de rhubarbe, etc., etc., qu'il trouvait toujours moyen de placer dans la journée, ils formuleront au lit du malade et enverront leurs ordonnances chez eux ; elles y arriveront pendant qu'ils seront encore en course : qui les préparera? jamais aucun d'eux n'a fait inscrire un élève à la commission, et l'eût-il fait, ces élèves eux-mêmes n'ont pas d'existence légale ; ils n'ont aucune qualité pour exercer une branche quelconque de

l'art de guérir. Cependant le malade est en danger, le temps presse, on ne saurait attendre. C'est la femme ou la servante du praticien qui met la main à l'ouvrage, et quelle garantie ces mains inexpérimentées et profanes peuvent-elles donner de l'exactitude de la préparation? Voilà sans doute, de graves abus, voilà des préjudices bien réels portés aux malades. Ajoutons quelques mots pour démontrer ceux qui en dérivent pour la profession de pharmacien, et remarquez d'abord ce qui est fort essentiel, que la faculté est illimitée pour les médecins du plat-pays, qu'elle n'est pas restreinte par le nombre plus ou moins grand de pharmaciens établis dans la même commune, de façon que rien n'empêche les médecins de plusieurs villes populeuses et riches, mais qu'en raison de la non-existence d'une commission médicale, locale, sont assimilées au plat-pays, de vendre des drogues. Et s'ils se prévalaient de cette faveur de la loi, que resterait-il de débit, je vous le demande, aux pharmacien? — Mais plaçons les médecins et chirurgiens du plat-pays sur la même ligne sous ce rapport; supposons que les uns et les autres soient assujettis aux mêmes conditions, et recherchons ce qui restera à un pharmacien, à côté duquel un médecin ou chirurgien, vendant des drogues, viendra s'établir. Le praticien étant seul sur les lieux exploitera seul, ou du moins avec une très-faible concurrence tout le domaine sanitaire; tout ce qu'il ordonnera de drogues, se fournira par lui. Le pharmacien, auquel la loi interdit strictement et avec raison d'en prescrire lui-même, ne trouvera plus de débouché pour la marchandise et se verra bientôt réduit à la vente des seuls remèdes hippiatriques, dont le débit sera encore bien faible, puisque les vétérinaires sont autorisés par une ordonnance, à tenir, préparer et vendre cette espèce de médicament.—Et ici les faits viennent corroborer le raisonnement : déjà plusieurs pharmaciens de notre province ont été forcés d'abandonner les postes, où avant la loi du 12 mars ils avaient trouvé une existence honnête; d'autres continuent à lutter, mais avec plus de courage que de succès et finiront par succomber, à moins qu'une législation nouvelle ne fasse cesser bientôt leur état de détresse. — Spécifions un seul cas, d'autant plus qu'il nous fournira l'occasion de réfuter une objection faite dans le temps par le département de l'intérieur.

Deux médecins exerçaient dans une commune : de ces deux, celui qui avait le moins de vogue établit une officine, mais les pratiques de l'autre se fournissaient chez le pharmacien. Jusque-là pas de dommage pour ce dernier; mais bientôt l'attrait du bénéfice séduisit le second; celui-ci puissant par sa fortune, ses alliances, ses emplois publics, avait une clientelle aussi solide qu'étendue, sa détermination de vendre des médicamens porta un coup mortel à l'existence du pharmacien, qui fut bientôt obligé de céder le terrain et de chercher fortune ailleurs. Mais la mort enleva le premier médecin et son officine fut fermée; le second désormais à l'abri de toute concurrence fâcheuse, fatigué de la surveillance de la commission, lui annonça officiellement qu'il renonçait au débit; cependant il est certain qu'il continue encore, mais comment le lui prouver? Il est chef de l'administration communale; on lui a écrit pour savoir qu'elles étaient sous le rapport du service pharmaceutique les ressources des indigens de la commune, pas de réponse.

Nous avons signalé cet abus dans le temps au département de l'intérieur dans notre rapport annuel, nous en avons indiqué la source dans la faculté laissée aux médecins de vendre des médicamens. On nous a répondu qu'alors que cette faculté serait refusée, le débit clandestin n'en existerait pas moins. On a cru cette réponse sans réplique, et cependant elle n'est que spécieuse. En effet, *si le privilége cessait de droit*, en d'autres termes, si *la loi retirait le privilége*, de suite un pharmacien accourrait s'établir dans la commune, et sa surveillance, tenue incessamment en éveil par son intérêt, saisirait au corps chaque infraction à la loi et la livrerait ainsi matérialisée aux autorités compétentes; mais que sous la législation actuelle un pharmacien aille s'établir, de suite le médecin ouvre officine, affame et exténue le pharmacien, et quand celui-ci est culbuté et hors de combat, le médecin recommence son ancien manége, renonce officiellement au débit de drogues et reprend son industrie clandestine.

En général, nous pensons que la législation sanitaire en ce qui touche la pharmacie, est vague et incomplète, et les instructions mêmes par lesquelles on a cherché à remplir les lacunes laissées dans la loi insuffisantes pour remplir ce but, et qu'il conviendrait de faire revivre les dispositions de la loi du 21 germinal, an XI, depuis l'article XXXVII inclusivement, en y

apportant les modifications dont une expérience de trente ans aurait fait reconnaître la nécessité.

§ 6. — *Admission de médecins étrangers.*

Ce n'est pas sans quelque hésitation que nous proposons la suppression de l'art. 10 (1). Mais, quand on considère, d'une part, combien est élastique cette épithète de *renommé*, appliqué à un médecin, et quelles différences d'étendue elle prend dans les différentes bouches par lesquelles elle passe; d'un autre, combien est active l'intrigue dont le pouvoir est circonvenu, que de réputations elle fait aux médiocrités qu'elle protège pour détruire celle du talent qui lui déplait; quand on réfléchit que le gouvernement s'arroge un jugement dans une matière à laquelle il n'entend rien, ce qui est absurde, et que, pour en formuler un, il est forcé de recourir à celui de gens, dont les passions, la jalousie, se couvriront trop souvent du voile de l'ordre et de la noblesse de l'état de médecin, pour écarter ceux dont les talens les offusquent; quand on interroge l'expérience et qu'on voit en faveur de quels hommes l'autorité a souvent appliqué l'art. de la loi, quand on songe, enfin, que nous possédons dans nos facultés des corporations censées d'être en état de juger leurs confrères, appréciateurs compétens du mérite, on leur laissera, de préférence, le droit de délivrer des diplômes d'honneur, d'admettre au doctorat, sans examen, les illustrations qui voudront bien venir enrichir la Belgique de leur présence, que de l'accorder au gouvernement qui ne pourra, dans cette matière, qu'opérer en aveugle.

§ 7. — *Cumul de l'exercice de la médecine et de la chirurgie.*

L'article XI de la loi du 12 mars nous paraît devoir être conservé, rédigé de la manière suivante :

Les docteurs en médecine qui n'auront pas pris le grade de docteurs en chirurgie ou en accouchement, n'auront pas la faculté d'exercer habituellement la chirurgie et les accouchemens.

Et voici quelles sont nos raisons : si pour l'examen de la chirurgie ou de l'obstétrique il ne fallait que du savoir, sans contredit nous ne l'interdirions pas aux docteurs en médecine chez qui nous prétendons devoir rencontrer, comme appréciateurs de l'opportunité d'une opération et de la préférence à accorder dans chaque espèce, à tel mode sur tel autre, autant de connaissances que chez le chirurgien. Mais il est exigé de plus dans la pratique de la médecine externe, deux qualités indispensables, auxquelles rien ne peut suppléer, c'est la fermeté d'ame et la dextérité de la main, qualités dont l'une est le fait de l'organisation individuelle, et dont l'autre ne s'acquiert et ne s'entretient que par une habitude soutenue et soigneusement cultivée; et c'est pourquoi nous sommes d'avis de ne pas admettre concurremment aux opérations et les docteurs en médecine et ceux qui s'en étant spécialement occupés ont pris le grade de docteurs en chirurgie. Cependant nous ne voulons pas que, dans des cas exceptionnels, et tels que la nécessité peut en enfanter, l'exercice de la chirurgie par un médecin puisse constituer un délit. Un médecin est appelé : une opération, soit chirurgicale, soit obstétricale, est urgente, il la fait : devant la législation actuelle il serait coupable. C'est ce défaut que nous avons voulu corriger sans porter cependant préjudice à ceux des praticiens que les facultés ont investis du pouvoir spécial de faire la médecine externe. Nous ne voyons d'ailleurs pas le moindre inconvénient, ni pour la science ni pour l'humanité à ce que des personnes *qualifiées* exercent cumulativement plusieurs branches de l'art de guérir, et proposons la suppression des articles 12 et 13.

§ 8. — *Peines en matière de police médicale.*

Nous ne parlerons des pénalités comminées par la loi du 12 mars pour la répression des

(1) L'art. X est ainsi conçu : « Nous nous réservons d'accorder à des médecins ou chirurgiens renommés, la faculté d'exercer, dans ce pays, la médecine et la chirurgie, en vertu d'un diplôme obtenu à l'étranger, sans subir un nouvel examen.»

délits en matière de police sanitaire, que pour faire observer qu'elles sont tout à fait insuffisantes. Depuis sa mise en vigueur pas un seul charlatan n'a été condamné à une amende sans qu'elle lui ait été bonifiée et au-delà par la tourbe crédule sur laquelle il avait exercé sa cupidité et son ignorance. Aux amendes, il faut substituer la prison. Ajoutez à cela que l'obscurité et l'entortillement de la rédaction de l'art. 19 doivent rendre son application fort difficile. Dans l'absence d'une détermination légale, exacte, des *autorisations* dont il parle, quel magistrat oserait prendre sur lui de les fixer? Nous préférerions à la rédaction actuelle voir substituer la suivante : *Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, pharmaciens, sages-femmes, droguistes et herboristes qui exploiteront habituellement une branche quelconque de l'art de guérir, à l'exercice de laquelle ils n'ont pas droit, d'après leur diplôme, encourront*, etc.

Les art. XX et XXI nous semblent devoir disparaître, par la raison qu'ils sont inapplicables et que l'espèce d'escroquerie qu'ils ont pour objet de réprimer échappe nécessairement dans l'immense majorité des cas à la preuve. Nous avons l'intime conviction de l'existence de ces pactes odieux; mais nous confessons notre impuissance à constater le corps du délit. Dans un tel état de choses nous croyons de la dignité de notre état de ne pas mettre une collusion aussi blamable en évidence. Dans le silence du code pénal sur ce point nous concevons l'utilité d'une législation spéciale; mais, sans avoir rien à mettre à la place des articles dont nous demandons la suppression, nous croyons devoir en signaler l'inutilité, nous disons plus, le danger. En effet, admettre l'existence d'une contravention impossible à prouver, c'est en faire naître la coupable pensée. Enfin, la législation sanitaire étant spéciale, il serait peut-être convenable qu'un homme spécial, membre de la commission provinciale, fut chargé de soutenir les accusations dans la matière, ou qu'au moins l'instruction des affaires lui fut confiée. L'indication de l'issue du procès devant faire, aux termes des instructions ministérielles, partie du rapport annuel des commissions de surveillance, il serait indispensable d'ordonner aux tribunaux de la leur faire connaître.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES BLESSURES PAR ARMES DE GUERRE, *rédigé d'après les leçons cliniques de M. le baron* DUPUYTREN, *chirurgien en chef de l'Hotel-Dieu, et publié sous sa direction par MM. les* Docteurs A. PAILLARD et MARX. — Paris, 1834, 2 vol. in-8°.— Le tome Ier a paru.

L'apparition de cet ouvrage est un événement heureux pour la chirurgie et qui fera époque dans la science. Il suffirait à lui seul pour illustrer un nom si celui du grand chirurgien qui en est l'auteur pouvait encore grandir. On sentait depuis long-temps la nécessité d'un nouveau traité sur les plaies par armes de guerre : le *Manuel de Percy*, seul ouvrage *ex-professo* sur la matière (si l'on en excepte les articles de *Dictionnaires* et des traités les plus importans sur la chirurgie, tels que Boyer, Richerand, Roche et Sanson, etc.), avait vieilli et n'était plus à la hauteur de nos connaissances; il fallait une main de maître pour entreprendre de combler la lacune qui existait sur cette partie importante de la littérature médicale. Mais, pour y parvenir, il fallait une expérience longue, difficile à acquérir pour ceux qui ne pratiquent point aux armées et au milieu des camps. En cela M. Dupuytren a été favorisé par les circonstances qui lui ont permis d'observer ce genre de lésions au milieu de la capitale même. « C'est surtout à la suite de la double invasion du territoire français, en 1814 et 1815, et à la suite des mémorables combats de 1830, dit-il, que j'ai pu acquérir cette expérience sans laquelle je eusse probablement pas entrepris des leçons qui ne seraient sans elle qu'une froide répétition des principes consignés dans les auteurs (Préface).» Ce sont ces leçons que MM. Paillard

et Marx ont rédigées et que nous allons essayer de faire connaître à nos lecteurs par une esquisse rapide.

Ce volume est divisé en douze chapitres, 1° armes de guerre ; 2° blessures par ponctions 3° blessures par armes tranchantes; 4°— par armes piquantes et tranchantes; 5°— par déchirures; 6°— par armes contondantes; 7°—par écrasemens; 8° —par armes à vent et à vapeur; 9°— par la poudre à canon; 10° —par armes à feu ; 11° effets vitaux produits par les projectiles lancés par les armes à feu; 12° traitement des blessures produites par armes à feu : là se trouvent nécessairement traitées et les indications des amputations, et la question de leur opportunité.

L'examen des armes de guerre constitue l'étiologie ; c'est sur elle que repose la classification ; aussi rien de plus pratique qu'un pareil cadre. M. Dupuytren passe donc en revue les armes de guerre, et une revue non d'apparat, mais tout à fait pratique ; rien n'échappe à son observation depuis le fleuret jusqu'au mortier-monstre. Dans ce chapitre se trouvent des notions qui seront utiles aux chirurgiens militaires et civils ; il faut le dire, cette partie est un peu négligée dans l'éducation médicale. Les instrumens de guerre doivent être connus, car les plaies varient singulièrement, selon qu'elles ont été produites par tel ou tel moyen.

Dans le chapitre qui traite des plaies *par ponction*, sont consignées des expériences très curieuses et qui pourraient jeter le plus grand jour sur la structure de la peau. Ces expériences ont été faites d'après les indications de M. Dupuytren qui voulait trouver la théorie d'un fait soumis à son observation. Un commis se porta trois coups dans la région du cœur avec un gros poinçon; les plaies ressemblaient, à s'y méprendre, à celles qui auraient pu être faites avec un canif ou tout autre instrument à deux faces aplaties et à bords tranchans.

Pour les essais sur le cadavre, on s'est servi d'un poinçon conique de trois lignes à peu près, ne marquant dans la partie la plus large que trois lignes 1/4 au graduomètre à trous.

« 1° Avec cet instrument, on a obtenu constamment de petites plaies alongées, à deux bords égaux et rapprochés, à angles très-aigus.

« 2° Ces petites plaies étaient d'autant plus longues que l'instrument était enfoncé plus profondément.

« 3° Si, dans quelques points de la surface du corps, les lèvres de la plaie restaient écartées, il suffisait de tendre la peau pour les rapprocher exactement.

« 4° Ce rapprochement exact ne pouvait avoir lieu que dans un seul sens ; on avait beau tendre la peau en sens contraire, on ne parvenait nullement à obtenir des angles aigus, mais bien des angles obtus ; il était, en un mot, très-facile de voir que l'action du poinçon s'était bornée à écarter les fibres de la peau.

« 5° Dans une région donnée du corps, les piqûres ont toujours affecté la même direction

« 6° Au cou et à la partie antérieure de l'aisselle, elles étaient dirigées de haut en bas.

« 7° Au thorax, elles étaient parallèles à la direction des côtes ou des espaces inter-costaux.

« 8° A la région antérieure de l'abdomen, elles étaient obliques supérieurement et inférieurement, et semblaient affecter la direction des fibres musculaires; à la partie moyenne, elles étaient dirigées de haut en bas.

« 9° Aux membres, elles étaient parallèles à leur axe.

« L'importance de ces faits surtout dans leurs rapports avec la médecine légale, n'a pas besoin d'être démontrée, et doit engager à faire sur ce point de nouvelles recherches et à recueillir de nouvelles observations. »

Après avoir exposé d'une manière lucide les accidens des plaies par piqûre, M. Dupuytren passe aux blessures par armes tranchantes. Ces armes agissent de deux manières : ou bien en comprimant seulement les parties, comme le font les sabres en usage parmi les cavaliers européens ; ou bien en pressant et en parcourant les parties : c'est le procédé des Arabes, des Mamelucks, des Turcs et des Orientaux. Ce procédé ne produit pas moins des blessures très-larges et très-profondes. On sait d'ailleurs avec quelle promptitude les terribles damas abattent une tête ou un membre. Une partie de ce livre, qui sera lue avec profit par les élèves, est celle dans laquelle on trouve cette excellente classification des sutures :

1° Sutures par affrontement; 2° par redressement; 3° par adossement; 4° par imagination. Dans ces quatre catégories peuvent être comprises toutes les sutures possibles : et quand on a saisi le principe d'une d'entre elles, on peut exécuter toutes les autres modifications.

La commotion, la stupeur, la contusion, constituent des phénomènes qui se produisent très-souvent après les blessures par armes de guerre. Déjà J.-L. Petit avait éclairé la question de la commotion; mais M. Dupuytren a établi des distinctions, des degrés qui se résolvent en autant d'indications thérapeutiques.

Les projectiles lancés par les armes à feu, produisent sur le corps humain vivant deux sortes d'effets : les uns sont purement physiques et en tout semblables à ceux qu'on observe sur les corps inertes ; les autres sont propres aux corps animaux vivans, c'est-à-dire qu'ils sont vitaux. M. Dupuytren examine ces deux ordres de phénomènes. Là l'auteur se montre habile physicien; ici, il s'élève à ces considérations de haute physiologie qu'on ne trouve que dans les productions de J. Hunter.

M. Dupuytren étudie d'une manière particulière la direction que prennent les balles, selon qu'elles frappent sur des surfaces convexes ou concaves, et selon qu'elles arrivent plus ou moins obliquement. De là découlent des données qui pourront nous faire trouver moins bizarres les chemins parcourus par ces projectiles; de là aussi plus de rationalisme dans le traitement.

Les projectiles, en frappant les os, les brisent quelquefois et forment ce qu'on appelle des esquilles; mais ces fragmens n'ont pas tous les mêmes rapports avec le corps de l'os et les parties molles qui l'environnent; de là des différences, dans le traitement et le pronostic. Pour guider le praticien, M. Dupuytren divise ces esquilles en trois espèces : 1° *Les primitives;* elles sont tout-à-fait détachées de l'os, des parties molles, et sont libres. 2° *Les secondaires* ne sont pas tout-à-fait séparées du corps de l'os et des parties molles, tiennent à celles-ci par des portions tendineuses, ligamenteuses, etc. ; leur élimination peut se faire au troisième jour ou durer vingt jours, et même un mois. 3° *Les esquilles tertiaires* résultent de la contusion d'un os; elles sont produites en vertu d'un travail de la nature, qui est très-long à se faire, et qui dure quelquefois dix, quinze, vingt ans. M. Dupuytren a vu, en 1830, un ancien militaire affecté d'*esquilles tertiaires* provenant d'un coup de feu reçu en 1813.

Ce n'est pas tout de connaître et d'apprécier ce qui a rapport à la plaie, ce qui est relatif à l'ensemble de l'organisme, il faut encore que les circonstances extérieures soient étudiées et qu'elles soient, autant que possible, rendues favorables aux malades; c'est ce qui constitue l'*hygiène des blessés.* Cette partie des sciences médicales a fixé l'attention de l'ancienne Académie de chirurgie, et on connaît assez le beau travail de Saucerotte. M. Dupuytren, suivant cette impulsion, a tracé de main de maître les règles à suivre pour entourer les malades de toutes les conditions favorables à leur entière guérison. Quand des impossibilités arrivent, il les signale, afin que, plus tard, on les fasse disparaître.

La diète, dit l'auteur, doit être gouvernée suivant les constitutions, les habitudes, les localités; telle diète qui serait mortelle dans un climat froid, est absolument nécessaire dans un pays chaud ou tempéré. Que penser, par exemple, de la diète russe appliquée à un habitant du Midi ? Des alimens difficiles à digérer, de l'eau-de-vie, du vin, étaient donnés aux Russes, à Paris, en 1814, pendant les périodes aiguës de leurs maladies, pendant les époques inflammatoires de leurs blessures, et ils n'en éprouvaient aucuns inconvéniens. Bien au contraire, lorsqu'on les soumettait à la diète française, ils s'affaiblissaient rapidement, et à un tel point qu'ils ne tardaient pas à succomber. *Les cas d'amputation et l'époque à laquelle elles doivent être faites* sont deux questions qui ont fortement agité les esprits pendant une période brillante de la chirurgie. On connaît les travaux de Faure, ceux de Boucher, etc. Quant à l'*époque*, M. Dupuytren se décide pour les amputations immédiates : Pour l'autre question, voici ce qu'il en dit : nous citons en entier cette *section* du livre, parce qu'elle renferme des préceptes de la plus haute importance, et parce qu'il n'est aucun chirurgien qui ne soit désireux de connaître l'opinion de M. Dupuytren sur ce point.

« Section X. *Des cas d'amputations.* Lorsqu'un chirurgien est appelé pour donner ses soins à un individu blessé par un coup d'arme à feu, la première chose qu'il a à faire, c'est de juger d'après la situation de la plaie, sa nature et le désordre des parties, si le membre peut être conservé, ou s'il est tellement affecté, que son amputation soit absolument indispensable pour sauver la vie du malade. Entre ceux qui abusent de ce moyen extrême et ceux qui le proscrivent dans la plupart des cas, il faut qu'il tienne une conduite qui diffère à la fois de

celle des uns et des autres. Nous nous trouvons ici amenés à revenir sur les diverses sections dans chacune desquelles nous avons examiné la terminaison des blessures lorsqu'elles étaient abandonnées aux seules ressources de la nature et privées de celles que procure une chirurgie efficace.

» A — Une plaie simple et dans laquelle une balle produit seulement une perforation des chairs, n'exige jamais l'amputation, et cette ressource ne pourrait, dans un cas pareil, ne devenir urgente que lorsque, par suite d'un traitement mal dirigé, ou par suite de l'absence de tout secours, ou d'une disposition individuelle particulière, qui rend la maladie rebelle aux traitemens les mieux combinés, cette blessure se compliquerait d'accidens que rien n'a pu entraver, tel que sphacèle, inflammation avec étranglement, suppuration abondante, excessive, qui épuise le malade et menace de le faire périr. Mais ordinairement un traitement méthodique, local et général, ainsi que nous l'avons dit, amène ces sortes de blessures à une terminaison presque toujours heureuse.

» B — Le fracas d'os des membres par une balle est un des cas qui réclament le plus souvent l'amputation, lors même qu'il n'existe aucune autre complication que celle-ci.

» Quand l'os principal d'un membre est brisé en éclats par une balle, il est bien difficile de déterminer les cas dans lesquels l'amputation doit être pratiquée. C'est ici que la prévision de l'homme de l'art est souvent en défaut. Si le désordre est médiocre, si les esquilles ne sont pas en nombre trop considérable, ce dont il est facile de s'assurer avec le doigt après avoir débridé, si les parties molles ne sont point trop endommagées; on peut tenter de conserver le membre après avoir fait les débridemens convenables pour prévenir les imflammations par étranglement, extrait les esquilles, etc. On met les malades dans l'appareil des fractures compliquées, on les panse régulièrement une ou deux fois par jour, suivant l'abondance de la suppuration; on entretient la plus grande propreté, et souvent on guérit les malades, principalement quand il s'agit des membres supérieurs, et que les individus sont sains et d'une bonne constitution. Les enfans surtout guérissent bien plus fréquemment que les adultes, de ces sortes de plaies. Nous avons eu, dans ces derniers temps, l'occasion de nous en convaincre à l'Hôtel-Dieu : plusieurs jeunes gens de quatorze, quinze et seize ans, blessés très-gravement, ayant un et même deux membres fracturés par des coups de feu, ont très-bien guéri de ces blessures, tandis que beaucoup d'adultes, qui en avaient de bien moins compliquées, ont succombé.

» Mais quand le désordre des parties molles est grand, qu'il y a beaucoup d'esquilles éparses çà et là au milieu des parties, que ces parties molles surtout sont elles-mêmes plus ou moins dilacérées, il faut amputer sans hésiter, surtout s'il y a en même temps lésion, ou de l'artère principale, ou des nerfs principaux du membre.

» Cependant, on trouve encore des malades qui guérissent malgré ces effrayans désordres, malgré ce grand délabrement des parties molles et le fracas des os; et toujours on cite des exemples de militaires blessés de cette sorte sur le champ de bataille, qui se sont obstinément refusés à l'amputation qu'on leur présentait comme la seule et unique ressource qui leur restait pour leur sauver la vie, et qui ont cependant guéri. Il y a peu de chirurgiens habiles qui n'aient eu dans leur vie de pareils exemples; mais ce sont des exceptions qu'il est impossible de prévoir et qui ne peuvent renverser le principe. Tant que ce seront des hommes qui feront la chirurgie, on verra les mêmes choses, les mêmes erreurs; il faudrait que Dieu envoyât des anges sur la terre se livrer à la pratique de cette branche de l'art de guérir, pour décider les cas épineux. Il y en a en effet qui sont tellement au-dessus de toute espèce de prévision humaine, qu'il est impossible qu'on n'ampute point quelquefois des membres qui auraient pu être conservés; mais on peut presque affirmer, que si on tentait cette conservation des membres sur tous les individus qui se trouvent dans les circonstances que nous avons indiquées, on en sauverait à peine un ou deux sur cent, et tous les autres succomberaient. Ces résultats s'observent dans la pratique civile, à bien plus forte raison encore doivent-ils se rencontrer à l'armée, où les hôpitaux sédentaires et réguliers sont fort rares, et où il est impossible de donner aux blessés tous les secours convenables. C'est surtout alors que l'amputation est bien plus indiquée, et fait courir beaucoup moins de chances aux blessés.

« C — Une lésion semblable à une grande articulation, c'est-à-dire le fracas des extrémités

osseuses, l'ouverture de la capsule articulaire, la dilatation des ligamens, etc., réclament plus impérieusement peut-être encore l'amputation; car, malgré les traitemens les plus méthodiques et les plus rationnels, les malades succombent presque toujours, si on n'a point recours à ce moyen.

D—La lésion du vaisseau principal d'un membre n'exige pas l'amputation, ainsi qu'on le fesait autrefois presque toujours dans ces cas; nous avons vu qu'on devait alors avoir recours à la ligature des deux bouts du vaisseau artériel divisé. Mais lorsqu'à cette complication, déjà fort dangereuse par elle-même, se joint la fracture communicative des os, les chances de guérison sont moins nombreuses encore, et l'amputation devient presque inévitable. C'est en vain que l'on rapportera des exemples d'individus blessés aussi grièvement, et qui ont encore sauvé leur membre avec leur vie. Le principe d'avoir recours à l'amputation, dans ces cas, n'en est pas moins sûr, et l'expérience vient chaque jour confirmer son excellence. Pour justifier la conservation du membre dans une lésion pareille, il faudrait que la fracture de l'os fut très-simple, et cela est fort rare, ainsi que nous l'avons dit plusieurs fois.

« Nous devons avouer cependant que nous avons nous-même obtenu un succès par la ligature de l'artère fémorale dans un cas de fracture du tibia par arme à feu, fracture compliquée d'une lésion à l'artère tibiale antérieure.

« E — La section seule des nerfs principaux des membres ne réclame jamais l'amputation : les inconvéniens qui résulteraient d'une paralysie plus ou moins complète d'un membre volumineux, ne peuvent jamais être mis en balance avec les dangers inévitables de son ablation. Cette lésion seule des nerfs n'exigerait cette ressource que dans les cas où des accidens très-graves, tels que le tétanos, se déclareraient et ne céderaient pas aux moyens ordinaires. L'amputation pourrait peut-être alors être une dernière ressource quelquefois utile, mais le plus ordinairement inefficace, ainsi que nous l'avons dit.

« Lorsque la lésion des nerfs principaux du membre est unie à la lésion du vaisseau principal de ce membre, l'amputation n'est pas absolument urgente; car on a des moyens efficaces à opposer à cette dernière blessure; toutefois, on ne peut se dissimuler qu'on n'a que très-peu de chances de guérison, puisque le membre se trouvera privé de ses élémens de nutrition, momentanément au moins, et de sa sensibilité et de ses mouvemens pour toujours; mais si à ces deux ordres de lésion vient se joindre le fracas de l'os ou des os du membre, ou l'enlèvement d'une quantité considérable de parties molles, l'amputation devient indispensable.

« F — Les blessures faites par des projectiles lancés par des bouches à feu sont celles qui causent au plus haut degré sur les membres les ravages qui nécessitent l'amputation. Nous avons déjà vu que lorsqu'un membre avait été complétement enlevé par un projectile lancé par un boulet, il fallait procéder de nouveau à une amputation régulière, au-dessus de l'endroit emporté; il y a cependant une exception à ce principe; en effet, supposons qu'un boulet ait emporté le bras dans son articulation avec le scapulum, et une portion de ce scapulum lui-même, ici il n'y a point d'amputation à faire; en effet, aux dépens de quoi serait-elle faite? Il en est de même de l'ablation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale. Le chirurgien, dans cette circonstance, doit seulement régulariser la plaie autant que possible; enlever les portions osseuses détachées, les parties escarrifiées, les corps étrangers; arrêter les hémorrhagies; enfin mettre cette plaie dans les conditions les plus avantageuses pour obtenir le moins d'accidens primitifs ou consécutifs. Les plaies de cette nature sont d'ailleurs toujours fort dangereuses, à cause de la commotion générale qui les accompagne, des inflammations excessives qui surviennent, de l'énorme suppuration qui est inévitable, des hémorrhagies qui peuvent traverser la guérison, des frais que la nature est obligée de faire pour opérer une cicatrice aussi étendue, enfin à cause des maladies des organes intérieurs qui sont si communes pendant leur durée. Quand les projectiles lancés par les bouches à feu ont fracassé un membre à sa partie moyenne ou à ses extrémités, que la peau soit intacte ou non, mais que les parties molles sous-jacentes sont mâchées, contuses, déchirées, broyées, de telle sorte qu'il en doit résulter, malgré tout ce qu'on peut faire, un engorgement inflammatoire très-violent, suivi d'une suppuration excessive ou de la gangrène, on doit encore avoir recours à l'amputation. Lorsqu'une quantité énorme des chairs a été enlevée à ce membre, que les diverses parties qui le constituent ont été presque toutes arrachées et dispersées, que les vais-

seaux et les nerfs principaux ont été rompus et dilacérés, etc., etc., il est encore urgent de pratiquer l'amputation, et ce serait une infraction aux règles de la saine chirurgie et aux lois sacrées de l'humanité, d'exposer le blessé à des souffrances inouies et à une mort presque inévitable, en cherchant à lui conserver un membre ainsi endommagé.

« Dans les degrés moins tranchés où l'on est embarrassé pour décider si l'opération est nécessaire ou s'il faut attendre, le chirurgien ne doit pas se borner à considérer la blessure; il doit aussi faire attention à la constitution du malade. C'est au chirurgien à peser mûrement les circonstances particulières à chaque individu; il en est une encore qui doit le décider souvent à pratiquer cette opération, c'est le danger que courent les malades traités de ces blessures compliquées, en restant long-temps dans les hôpitaux. Le danger d'un long séjour dans ces établissemens est diminué par une amputation, puisque l'on convertit cette blessure en une plaie susceptible d'une très-prompte guérison, et on évite souvent de cette manière le développement de la fièvre et de la pourriture d'hôpital : on doit encore tenir compte des cas dans lesquels on est obligé d'abandonner les blessés atteints de plaies aussi graves, et qui peuvent rester pendant long-temps sans être pansées. Lorsque l'amputation a été faite, cet inconvénient est beaucoup moindre.

« G—Il est enfin des amputations réclamées pour des plaies par armes à feu, qui ont été regardées comme curables, et traitées en conséquence, mais qui ont été compliquées d'accidens qu'il n'a pas été possible de prévoir dans les premiers temps, tels sont les cas de nécroses, de caries, de fistules produites par la présence de corps étrangers qu'on n'a pu extraire, qui entretiennent des suppurations opiniâtres, et qui épuisent les malades, de difformités produites par des cals mal faits, de fausses articulations, de membres atrophiés, insensibles, immobiles et incommodes, couverts d'ulcérations et de fistules, d'articulations atteintes de tumeurs blanches, des plaies qui n'ont pu jamais se fermer à cause de leur trop grande étendue, etc., etc. C'est au chirurgien à juger si les accidens qu'éprouvent les blessés réduits en cet état, sont trop graves pour ne pas pouvoir durer plus long-temps sans compromettre leur vie ou la leur rendre insupportable : c'est à lui de peser si ces considérations et une foule d'autres dans le détail desquels nous ne pouvons pas entrer ici, doivent faire passer outre sur les dangers d'une amputation, opération toujours très-grave, et qui seule fait souvent périr les individus qui y sont soumis. »

Dans le second volume, M. Dupuytren traitera d'une manière particulière des hémorrhagies artérielles et veineuses, de la fièvre traumatique, des abcès viscéraux, de la pourriture d'hôpital, etc. Il terminera par l'histoire des cicatrices, puis viendront les blessures de chaque région du corps. Comme on le voit, ce sera un traité général des plaies que M. Dupuytren aura fait, dont le mérite est encore rehaussé par beaucoup de notes curieuses qu'y ont ajoutées MM. Paillard et Marx, dignes interprètes du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

TABLE DE BOTANIQUE MÉDICALE *disposée d'après le système de Linneus, pour servir aux leçons de la faculté libre des sciences près l'Université de Louvain*, par JACMART, professeur. — vol. in-4°, Louvain 1834.

C'est sous ce titre modeste que M. le professeur Jacmart vient de publier la partie médicale de son cours de botanique qu'il fait à la faculté libre des sciences de Louvain; nous ne pouvons qu'applaudir à de semblables publications destinées à faciliter aux élèves l'étude des sciences qui leur sont enseignées. Il serait à désirer que cet exemple fût imité pour d'autres cours : il en résulterait un grand avantage pour l'instruction médicale qui serait ainsi rendue moins aride et beaucoup plus intelligible pour les élèves de la première année.

La méthode suivie par M. Jacmart est très-propre à atteindre le but qu'il s'est proposé : elle embrasse d'un coup-d'œil tout ce qu'il est important de connaître sur chaque plante. Son tableau est divisé en trois colonnes : la première indique le nom botanique; la seconde le nom officinal et les parties de la plante usitées en médecine; la troisième enfin, les principes immédiats et actifs qu'on en retire.

Leçons d'anatomie des formes *appliquées à la peinture et à la sculpture ;* par A.-J. Philippart, *Docteur en médecine, chirurgie et accouchemens de la Faculté de Gand, professeur d'anatomie des formes à l'Académie de dessin de Tournay.* — Première partie. — Squelettologie. — 1 vol. in-18. — Tournay, chez J.-A. Blanquart, imp., 1834.

Ce petit ouvrage, résumé des leçons que l'auteur donne à l'Académie de dessin de Tournay, est très-propre à remplir le but qu'il s'est proposé en le publiant, celui de faciliter l'étude de l'anatomie aux personnes qui s'adonnent à la peinture et à la sculpture. Sans avoir le mérite de la nouveauté, puisque Chaussier et M. Gerdy ont déjà publié de semblables ouvrages avec planches, il a celui d'être écrit dans un style simple, clair et facile à être compris des élèves auxquels il est destiné.

L'ouvrage doit se composer de trois parties qui paraîtront séparément : 1° la *squelettologie ;* 2° la *sarcologie* ou des chairs qui concourent à la production des formes extérieures; 3° les formes extérieures, ou *morphologie.*

La première partie que nous annonçons traite de la squelettologie, c'est-à-dire tout ce qui a rapport aux formes extérieures des os ; l'auteur n'a pas cru sans doute devoir décrire chaque os séparément, comme on le fait pour l'étude de la médecine ; il a divisé la tête, le tronc, et les membres en plusieurs régions, sur lesquelles il fait remarquer les diverses particularités importantes à connaître. Un peu plus de détails sur chaque os isolément n'eut pas nui à l'ouvrage et en aurait rehaussé le mérite. D.r M.....

VARIÉTÉS.

Notice *historique, scientifique et industrielle sur le Caoutchouc* (Hevea Guianensis) (*).

Au moment où le Ministre-Directeur de la guerre vient, sur le rapport avantageux de la commission militaire d'ophthalmie, d'adopter pour l'armée l'usage du col (cravate) en caoutchouc, il ne sera pas sans importance de faire connaître les usages, les propriétés et le parti avantageux qu'on peut tirer de ce précieux végétal.

On lit dans plusieurs journaux, brochures et ouvrages scientifiques publiés depuis près d'un siècle sur cette découverte, que parmi les productions les plus curieuses du nouveau monde, mais malheureusement encore trop peu connues, il n'en est pas de plus remarquable par la singularité de ses diverses propriétés, que celle que l'on désigne communément sous le nom de gomme élastique, et que nous nommons caoutchouc (*Hevea Guianensis*).

L'histoire de la découverte de ce végétal n'est pas moins curieuse que le végétal lui-même. C'est au célèbre voyageur français Lacondamine que nous devons les premières notions sur le caoutchouc. Cet illustre et savant académicien fut chargé au commencement du siècle dernier de se rendre au Pérou afin d'y mesurer un arc du méridien terrestre : en revenant en France, après l'accomplissement de sa noble mission, il s'arrêta quelque temps à la Guyane, d'où il fit parvenir à l'Académie, conjointement avec M. Bonguer, l'un de ses compagnons de voyage, une notice dans laquelle il indiquait à cette illustre compagnie, les usages, alors connus dans cette partie du monde, du caoutchouc. Dans le courant de l'année 1750, on découvrit la manière employée par les naturels du pays pour obtenir le caoutchouc ; ce fut sur le rapport d'un ingénieur français, M. Fresneau, ayant résidé 15 ans à la Guyane (Cayenne), qu'on dut ces renseignemens. Il parvint d'après les indications fournies par un sauvage *Nouvague,* dans le pays duquel on recueillait ce végétal, à reconnaître l'arbre qui le donne. Enfin en 1768, M. Aublet, voyageur et botaniste, publia dans son ouvrage sur les plantes de la

(*) L'intérêt répandu dans cette notice, qui résume complétement les connaissances acquises sur le caoutchouc et les applications utiles qu'on en peut faire sous le rapport hygiénique, depuis que, par des procédés fort ingénieux, on est parvenu à fabriquer avec cette substance différens tissus, nous a engagé d'accéder à l'invitation de l'auteur, en accordant à son travail, une place dans notre recueil. (*Note du rédacteur.*)

Guyane française, la description et la figure de l'arbre à caoutchouc qu'il nomma *Hevea Guianensis* (1).

L'hévé est un grand et bel arbre dont le tronc s'élève ordinairement de 50 à 60 pieds, mais susceptible d'une élévation plus grande encore ; sa tige est droite, sans branches jusqu'à une grande hauteur, mais il en pousse à son sommet dans toutes sortes de directions et de manière à former une tête conique : ce tronc long est recouvert d'une écorce écailleuse ; les feuilles de cet arbre sont à trois lobes, assez grandes et d'un vert agréable. Les fleurs en sont petites et sans éclat. Les fruits sont à trois loges, dont chacune contient une ou deux amandes, blanches, grosses comme des noisettes, d'une saveur agréable, bonnes à manger, pourvu que l'on ait soin d'en ôter le germe, qui est, dit-on, un purgatif très-violent : du reste, les naturels mangent ce fruit avec le plus grand plaisir. Cet arbre est de la Monoécie Monadelphie de Linnée ; il appartient à l'ordre des Euphorbiacées : toutes ses parties sont remplies d'un suc blanc et laiteux qui, en se condensant, forme le caoutchouc (2).

Cet arbre croît dans une partie de l'Amérique, dans les forêts de Sinemasi, de Saint-Régis, d'Azoura, aux bords du fleuve des Amazones et dans les solitudes du Masipa, etc. En changeant de climat ou de pays, il change aussi de nom : c'est ainsi, par exemple que les habitans de la province des Émeraudes, le nomment *Hévé ;* les Portugais du Para, *le Pao de Xéringa;* les Maripous, *Séringa*, et enfin les naturels du Maïnas, situés au nord-ouest de Quito (au Pérou) l'appellent *caoutchouc* (3).

Pour peu que l'on fasse une entaille dans l'écorce du tronc, quelque légère qu'elle puisse être, il s'en écoule, comme nous l'avons dit plus haut, un liquide blanc et onctueux, une sorte de lait végétal qui ne tarde pas à devenir une masse solide.

Voici maintenant la manière, d'opérer avec avantage et bénéfice l'extraction de cette substance précieuse. On commence par faire au bas du tronc, à environ deux pieds du sol, une entaille large et profonde, qui pénètre dans le bois du *Hévé* après en avoir traversé l'écorce ; on pratique ensuite une entaille un peu moindre à la partie supérieure du tronc; une ligne longitudinale tirée de haut en bas fait qu'il se forme, pour ainsi dire, une gouttière partant de l'entaille supérieure pour aboutir à celle inférieure du tronc ; puis on a soin de former des entailles moindres, dans les directions latérales et obliques à celles indiquées, le long de l'arbre et de distance en distance, mais qui toutes viennent aboutir à la rainure principale décrite ci-dessus. Le suc qui s'écoule vient de toute part se rendre à la grande entaille inférieure que l'on garnit d'une feuille de bananier roulée, destinée à le conduire dans un vase placé au pied de l'arbre : là, il s'épaissit en perdant une partie de son humidité. Lorsque l'on veut lui donner une forme, celle par exemple assez généralement adoptée dans le commerce de cette matière, d'une fiole ou d'une grande bouteille ; on fabrique avec de l'argile une espèce de moule en relief aussi mince que possible, de cet objet, sur la surface duquel on applique, avec un pinceau, successivement plusieurs couches du suc encore liquide, que l'on fait sécher ensuite et aussi successivement au-dessus d'une flamme un peu fuligineuse, sans pourtant qu'elle soit trop ardente. Quand on lui a donné l'épaisseur nécessaire, on brise le moule et l'on en extrait les fractions par une ouverture laissée à dessein, à moins que l'on ne préfère en extraire le moule en le ramollissant ; le laissant à cet effet un temps déterminé dans l'eau (4).

Ainsi que nous l'avons dit, c'est sous la forme de petites bouteilles que les naturels récoltent le caoutchouc, qu'ils le portent aux marchés et qu'il nous arrive en Europe : mais les mêmes procédés dont ils se servent pour former ces bouteilles sont ceux mis en usage afin d'obtenir le végétal sous les formes de chaussons, de bottes, de vases et autres ustensils analogues, tels qu'on en voit dans les cabinets d'histoire naturelle, de curiosités et entre les mains des amateurs de raretés ; triste et monotone emploi auquel ce précieux végétal n'a semblé que trop long-temps destiné. La propriété qu'il possède d'enlever les traces que la mine de plomb en crayon laisse sur le papier a été la première dont on ait fait usage dans l'art du dessin. Depuis on a encore appris son emploi avec succès dans la fabrication des instrumens de chirurgie, comme sondes, canules, bougies, etc.

(1) Encyclopédie du XIXe siècle (Technologie), édit. de Brux., tome II, pages 407, 408.
(2) Ouv. cité.—(3) Ouv. cité.

On a cherché pour l'utilité du commerce à le transporter en Europe en état de liquidité, mais bien qu'on ait fait de nombreux essais ils ont été infructueux jusqu'à ce jour; ils n'ont pas répondu à l'attente que l'on avait lieu d'espérer; ce suc éprouve par suite des voyages et des changemens de climat, une décomposition complète qui détruit entièrement les diverses propriétés qu'on lui reconnaît.

Long-temps l'on a cru que l'Hévé seul produisait du caoutchouc, mais plusieurs autres végétaux en donnent également. M. de Tussac en a vu extraire aux Antilles de l'euphorbe pourprée (*Euphorbia prunicea*), de l'urcéole élastique (*urceolo élastica*) qui en fournit, dit-on, d'une qualité supérieure, même à celle du Hévé, enfin du *sapium aucaparum*. Il y a aussi plusieurs espèces de figuier qui en produisent, mais il se décompose avec le temps: c'est plutôt une sorte de glu que du vrai et bon caoutchouc, comme celui que nous décrivons (1).

Néanmoins en 1813, M. Tremolière ayant fait une incision transversale au tronc d'un figuier, il en obtint environ 64 grammes de suc laiteux, beaucoup moins épais à la vérité que celui des euphorbes: ce suc poisse les mains et laisse après un prurit très-désagréable à la peau. Il exhale une forte odeur nauséabonde, d'une saveur acre, caustique et corrodant les lèvres en excitant une inflammation assez prompte. Après l'avoir traité par l'eau et ensuite par l'alcohol à 33 degrés, M. Trémolière obtint par ce dernier procédé, 32 grammes de suc, 3 grammes 2 décigrammes et demi de substance élastique qu'il soumit à différentes expériences, qui lui prouvèrent que c'était du caoutchouc (2).

Il était réservé à la chimie moderne, qui a fait faire de si rapides progrès aux arts depuis peu d'années, de rectifier les erreurs que l'on avait sur la nature du caoutchouc, et de prouver qu'il reprend ses propriétés caractéristiques après avoir été dissous, soit dans l'éther, soit dans une huile essentielle, soit même dans une huile siccative. Les recherches dont cette substance fut l'objet, se multiplièrent en faveur des aérostats, pour lesquels il fallait trouver une enveloppe mince, légère et cependant imperméable à l'hydrogène: le taffetas enduit de caoutchouc satisfait assez bien à toutes ces conditions, et beaucoup mieux que tout ce qu'on a découvert jusqu'à ce jour (3).

En faisant digérer le caoutchouc dans l'éther sulfurique pendant 20 ou 24 heures, on lui donne ensuite la forme qu'on désire. Si l'on choisit une bouteille ordinaire, on peut, au moyen de la bouche ou mieux encore de la pompe à main, l'enfler graduellement, puis la laisser sécher dans cet état. Quand elle est suffisamment desséchée on peut en tirer tel parti qu'on veut. On a vu de ces bouteilles enflées au point d'avoir 6 pieds de diamètre et l'une d'elles, remplie de gaz hydrogène, s'échappa dans l'air et fut retrouvée à plus de 130 milles de distance (4).

Il y a environ trente ans qu'on reconnut dans les fissures naturelles d'une des mines de Castleton, du Derbyshire (Angleterre), quelques portions isolées d'un espèce de bitume noirâtre, compressible, et même élastique. On y fit peu d'attention d'abord; mais quelques années après, une forte pluie d'orage creusa de profondes ravines sur le flanc d'une des collines qui entourent cette petite ville. Un bitume semblable fut mis à découvert, quelques échantillons en furent remis à M. Faujas-St.-Fond, et il reconnut que cette substance fossile avait une parfaite identité avec le caoutchouc de l'Hévé. L'analyse chimique confirma cette opinion, et on ne vit pas sans étonnement une substance qui découle d'arbres exotiques qui ne croissent que sous les zones brûlantes, se trouver entre des couches de schiste argileux, dans le sein des montagnes du nord de l'Angleterre (5).

M. Faujas-St.-Fond désigne ainsi les variétés de bitume qui ont été trouvées dans le même endroit:

1° Bitume élastique d'un brun-noir, un peu olivâtre, mou, très-compressible, onctueux et comme un peu gras; légèrement aromatique à l'odorat, ayant un peu l'odeur fade du caoutchouc naturel; sans saveur, surnageant dans l'eau, s'allumant et brûlant avec une flamme vive, laissant un résidu noir, huileux et qui ne sèche pas.

(1) Encyclopédie du XIXe siècle, art. cité.
(2) Dictionnaire des découvertes en France, édit. de Paris, tome II, pages 371, 372.
(3) Magasin pittoresque, édition belge 1834, N° 18, page 144.
(4) Archives universelles des progrès et inventions, etc.; première année, édit. Paris, page 36.
(5) Dict. des découvertes en France.

2° Un bitume gercé, fendillé, sec, mais encore un peu compressible ; d'une couleur moins oncée que la première variété.

3° Un bitume d'un beau brun couleur de foie, bien moins onctueux au toucher, mais compressible.

4° Même bitume que le précédent, mais plus ferme, avec apparence ligneuse.

5° Un caoutchouc fossile, compressible, ayant l'aspect de la véritable gomme élastique.

6° Un bitume noir, solide, dur, cassant comme le jayet(1), très-brillant dans sa cassure, etc.(2).

Mais quoi qu'il en soit des variétés qui précèdent et de tant d'autres qu'on pourra découvrir encore, nous ne nous y arrêterons pas davantage ; nous appelerons de suite l'attention sur le vrai caoutchouc, celui qui découle de l'Hévé, comme étant le seul offrant des garanties des propriétés que nous sommes appelé à faire valoir.

L'industrie toujours prompte à saisir dans les productions de la nature, celles qui peuvent être employées avec succès à satisfaire nos besoins ou à augmenter nos jouissances, s'est emparée depuis plusieurs années déjà du caoutchouc, afin de l'exploiter pour mettre à profit ses qualités. C'est ainsi qu'en dissolvant cette matière dans les huiles volatiles, on obtint une sorte de vernis, qui put être employée avec grand avantage pour recouvrir certains corps, tels que du carton, des tissus, etc., et les rendre imperméables. En interposant une couche mince de caoutchouc dissous, entre deux feuillets d'une étoffe, et en les joignant fortement ensuite l'une à l'autre, non-seulement ils deviennent imperméables à l'eau, mais encore à l'air. C'est par ce dernier procédé que MM. Rattier et Guibal à Paris, sont parvenus à perfectionner leurs divers produits imperméables, comme matelas, schaphandres, coussins, oreillers, bottes de toute espèce, etc., industrie nouvelle pour la France et qui, en peu de temps, a été couronnée d'un brillant succès.

C'est à M. Meeus-Vandermaelen que la Belgique, la France et l'Angleterre sont redevables de l'importation de cette branche si intéressante de l'industrie. De nombreux et heureux essais, un perfectionnement toujours croissant, une fabrication qui tend chaque jour à s'élever sur une plus grande échelle, puisqu'il y aura bientôt à Bruxelles, plus de cent métiers montés, promettent au pays une nouvelle source de richesses industrielles. C'est un spectacle curieux que de voir ce travail du génie productif de l'homme recherchant de nouvelles matières à mettre en œuvre, épuisant les produits naturels pour exercer sur eux son action et tirant des objets utiles de substances qui semblaient le moins propres à être utilisées.

En France, MM. Rattier et Guibal, négocians, rue des Fossés-Montmartre à Paris, obtinrent, en 1830, un brevêt d'invention de 15 ans. Par suite de plusieurs procédés, dont quelques-uns étaient inusités jusqu'alors, ces fabricans sont parvenus à faire filer le caoutchouc, et à obtenir des fils dont ils varient à volonté la force ou la finesse : ces fils recouverts d'autres matières textiles, telles que soie, lin, coton ou laine, sont ensuite convertis en tissus souples, légers, mais solides et d'une élasticité vraiment extraordinaire, ne faisant rien perdre au tissu de sa résistance et de sa force. C'est peut-être de toutes ses propriétés la plus remarquable, que celle d'atteindre ce grand degré d'élasticité ; aussi l'industrie n'a pas manqué de s'en emparer avec ardeur dès qu'elle eut fait cette découverte.

L'orthopédie, la chirurgie, le fabricant de corsets, la sellerie et surtout l'art du bandagiste, trouveront dans les tissus en caoutchouc un puissant moyen de développer leur art : ainsi on pourra se servir de bandes élastiques pour la compression des tumeurs qui demandent une action toujours la même, comme les tumeurs anévrismales, les engorgemens chroniques de la glande mammaire, les hernies et principalement les hernies ombilicales. La chirurgie pourra encore en faire l'application en faisant entrer ces bandes élastiques dans les appareils propres à contenir les membres fracturés, car, et à cause de leur propriété élastique même, elles pourront suivre, en quelque sorte, le gonflement de la partie dans son accroissement ou sa diminution graduelle, et par conséquent comprimer constamment d'une manière égale et légère, sans que le malade ou la maladie souffrent de cette compression (*).

(1) Lignite, espèce de bois fossile bitumeux, tenant le milieu entre le charbon de terre et la tourbe, extrêmement cassant de sa nature. (*Note de l'auteur.*)

(2) Dict. des découvertes en France.

(*) C'est particulièrement pour maintenir les attelles des appareils à fractures qu'on pourrait faire usage de ces tissus: des courroies ou des rubans en tissu de caoutchouc rempliraient avantageusement l'indication qu'on se propose. On

Quels avantages ne retire-t-on pas encore de ces tissus, pour la confection des ceintures destinées à soutenir l'abdomen chez le sexe, dans les grossesses ou dans des cas analogues. Les fils de caoutchouc, revêtus de soie, lin ou coton sont tellement flexibles qu'on peut en fabriquer des bas ou des guêtres qui, par la compression uniforme qu'ils exercent dans tous les sens, doivent être préférés aux bas de coutil ou de peau, dont se servent fréquemment les personnes affectées de varices.

On peut donner à ces sortes de tissus toute la solidité qu'on veut, au point d'en pouvoir former des bandes propres à faire des sangles pour les chevaux. Ces sangles, d'après les essais que nous en avons fait par nous-mêmes, ont cet immense avantage, que, sans gêner les mouvemens du cheval, sans causer la moindre influence sur la respiration de l'animal, elles se resserrent ou se dilatent d'elles-mêmes, suivant qu'il en est besoin. Il serait à désirer de les voir mettre en usage dans la cavalerie de notre armée, ou du moins que M. le ministre directeur de la guerre permit d'en faire des essais en attendant que son adoption définitive puisse être ordonnée.

Un autre avantage encore, c'est qu'on peut former avec le caoutchouc filé des tissus élastiques, suivant les deux sens de la longueur et de la largeur, ou suivant un seul à volonté, tissus qui peuvent être blanchis sans rien perdre de leurs propriétés.

Déjà l'usage des tissus en fils de caoutchouc devient général parmi les classes aisées de la société; espérons que les nombreux perfectionnemens dont ils sont encore susceptibles, perfectionnemens que l'expérience nous révèle chaque jour, les mettront également en usage parmi les personnes d'une fortune plus modeste. En attendant cette époque qui n'est peut-être pas très-éloignée de nous, voici la nomenclature des objets qu'on confectionne déjà, outre ceux qui ont été cités dans le courant de cette notice et qu'il est inutile de répéter de nouveau. D'abord, des étoffes de toute dimension pour vêtement, ameublement, carrosserie, sellerie, reliure, passementerie, quincaillerie et mécanique.

Puis : les *bretelles de pantalons*, *sous-pied*, *brides de socles*, *jugulaires, ceintures et ceinturons, jarretières, cordes et cordonnets*, *lacets, fils divers*, *bonnets, chaussons et bottes, rubans divers, bracelets*, *brides pour les chevaux*, *hamacs de vaisseaux*, etc.

On concevra facilement combien ces sortes d'objets tissés en fils de caoutchouc doivent l'emporter sur ceux confectionnés en métaux, employés depuis de nombreuses années principalement pour ceux qui sont habituellement en contact immédiat avec la peau, quand on aura remarqué que les élastiques en fils de laiton ont l'inconvénient de s'oxider par l'effet de l'humidité et de la transpiration cutanée, et de se couvrir de vert-de-gris. Jamais non plus, l'on ne pouvait soumettre ces objets au blanchissage, tandis qu'avec l'élastique en caoutchouc il n'y a aucun inconvénient à redouter et c'est déjà un grand avantage, incontestable sous le rapport hygiénique, s'il n'en présentait tant d'autres d'ailleurs, et dont bientôt personne ne doutera plus.

Nous ne pouvons indiquer ici tous les cas dans lesquels le tissu en caoutchouc peut-être employé; nous nous bornerons à signaler dès ce moment la salutaire influence qu'il doit avoir sur l'hygiène du soldat par son adoption pour le *col* dans notre armée, et qui aura pour résultat, nous aimons à le croire, non la disparition complète de la maladie, mais du moins une grande diminution dans le cruel fléau qui l'accable depuis tant d'années (l'ophthalmie), adoption à laquelle nous nous félicitons d'avoir contribué et dont les heureux essais faits depuis un mois nous ont démontré tous les avantages.

Nous terminons ici cette notice puisée dans la lecture des meilleurs ouvrages qui traitent de cette matière, et la livrons avec nos propres réflexions, aux méditations des hommes de l'art, aux fabricans et industriels. C'est à eux à mettre à profit l'emploi et les connaissances dans les préparations, fabrications et perfectionnemens dont le caoutchouc est encore susceptible. Mais si le commerce peut encore en rehausser le prix, par son utilité et par toutes les raisons qui peuvent être facilement comprises, la chirurgie aussi doit y trouver un puissant et incontestable auxiliaire dans la confection de ses instrumens.

Bruxelles, le 25 juin 1834. HERBART, *Major au 9me régt. de ligne.*

pourrait encore confectionner avec les mêmes tissus l'appareil de Boyer, pour la fracture de la clavicule, qui n'aurait plus l'inconvénient de rendre son application si difficile à cause de la gêne causée par la compression qu'il détermine ordinairement. (*Note du rédacteur.*)

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

ALIBERT. Note sur la varus mentagra. 1
PUCHE. Note sur l'hydrochlorate d'or et de soude. 3
FRIGERIO. Des pois à cautère, des pois d'iris et de garou. 5
PAILLARD DE VILLENEUVE. Sur les devoirs des médecins commis par justice. 6
TAVERNIER. De l'homœapathie (2e article). 8

A* JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

MARX et PAILLARD. Traitement des corps ou polypes fibreux de l'utérus. 1
RICORD. Speculum brisé, hystérotomètre et porte-ligature. 6
BRETONNEAU. Aphorismes cliniques sur la scarlatine. 8
QUOY. Ligature de l'artère radiale. 10
GOURAND père. Rectification. 11
CALDERINI. Nouveau mode de préparation de la créosote. *ib.*
Analyse des journaux de médecine. (*a*)

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

THOMAS. Recherches sur le panaris. 1
CARRÉ. Affection cancéreuse de la protubérance annulaire du cerveau. 4
DEQUEVAUVILLE. Observation de choléra algide cyanique. 6
De l'influence des saisons sur la production des congestions sanguines. 7

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

PESCHIER. Sur la belladone (3e article.) 1
CROSERIO. Observations pratiques. 9

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

DUPLAY. De l'amaurose, suite de la colique de plomb. 1
PELLETAN. De l'hydropisie de l'utérus. 9
GUILLEMOT. Réflexions sur le même sujet. 11
OLLIVIER (d'Angers). Note sur quelques faits relatifs à la pathologie du fœtus. 14
LONGET. Épanchement apoplectique dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale. 16
BAILLARGET. Rapport à la société anatomique sur l'observation précédente. 17
ROBERTON. Remarques sur le prolapsus de l'utérus et de la vessie pendant l'état puerpéral. 19
G. REGNOLI. Sur l'hydrocèle chez la femme. 22
JULES GUYOT. Gastro-entérite accompagnée de quelques symptômes tendant à faire croire à un empoisonnement par une quantité très-minime d'arsenic. 27

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

FINAZ. De l'oxide blanc d'antimoine dans la pneumonie. 1
CHRESTIEN. Emploi de la digitale pourprée d'après la méthode iatraleptique. 4

NOYER. Quelques renseignemens sur les lépreux de la Guiane. 8
HERMANN STRAHL. Observation d'hydrophobie mortelle suite de la morsure d'un chien parfaitement sain. 9
HERMAN STRAHL. Deux cas d'empoisonnement par le pavot. *ib.*
SERLO et MALIN. Observations sur l'emploi du sulfate de cuivre dans le croup. 10

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

VIGER de VARENNES. De la variole et de la varioloïde 1
MONTAULT. De la marche et du traitement de quelques maladies des organes internes de la génération chez la femme. 6
Thèses de la faculté de Paris. Revue du trimestre de l'année scholaire 1833—1834. 9
MARX et PAILLARD. Faits divers de chirurgie pratique et de médecine légale, observés à la clinique de M. Dupuytren. 13
Ancienne amputation du pied suivant la méthode de *Chopart*, *ib.* — Carie et nécrose de l'extrémité inférieure du fémur, 14. Gonflement cellulcux des des paupières supérieures, *ib.* — Cancer à la lèvre. Considérations pratiques sur les récidives cancéreuses, 15. — Grossesse nerveuse, 16. — Écoulement vaginal chez les petites filles, 17.
FORGET. De l'humorisme rationnel. 18
DELMAS. Accouchement avec présentation de l'épaule, terminé par les seuls efforts de la nature. 23

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

BRÉE. Mémoire sur la stomatite. 1
LECADRE. Luxation de la première phalange de l'index sur la seconde, avec dilacération de la peau, guérie par la simple réduction. *ib.*
LISFRANC. Considérations pratiques sur l'anthrax et son traitement. 2
» Considérations pratiques sur le traitement des plaies de tête. 3
CULLERIER. Considérations pratiques sur l'orchite blennorrhagique, ses causes, son développement, sa marche, son traitement. 4
» De l'inflammation du testicule, symptôme consécutif de syphilis, ou testicule vénérien; son traitement par les mercuriaux et les préparations iodées. 7
HENRI JOFFRE. Histoire d'une monomanie homicide, suivie de quelques reflexions sur cette maladie. 8
Observation sur un cas de mutisme guéri par l'application de la pommade ammoniacale sur le sinciput. 9
De la vente des médicamens, dispositions de la loi à cet égard. 10
Opération simulée sur deux individus qui croyaient avoir avalé des reptiles. (*a*)
Observations d'une gastro-entérite typhoïde heureusement combattue au moyen de nombreuses applications de sangsues. (*a*)
Considérations sur le traitement de la surdité. (*a*)
Observations de réunion des parties totalement séparées du corps. (*a*)
Variétés. — Gazette médicale de Madrie. 12

I. GAZETTE MÉDICALE.

FENOGLIO. Nouvelles expériences sur l'efficacité du poivre cubèbe. 1
BELLINGERI. Observations de myélite suivies de considérations pathologiques. *ib.*
PAOLO CUMANO. Sur la méthode du talon pour réduire l'humérus en bas. 3
MALVANI. Sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre. 4
FARIO. Essai physiologique sur les nerfs et la structure de l'iris. *ib.*
RIDOLFI. Sur l'inutilité de la ligature dans la morsure de la vipère. 5
PAOLO DELL AQUA. Observations et expériences sur l'action des rayons lumineux sur la rétine. 6
VOISIN. Mémoire sur une épidémie de fièvres bilieuses. *ib.*
Analyse des journaux français du mois de Mars. (*a*)
VOISIN. Mémoire sur une épidémie de fièvres bilieuses (2e art.). 16
» Mémoire sur une épidémie de fièvres bilieuses (3e article). 23
Cas de paralysie dépendant d'une rachialgie et d'une inflammation chronique de la substance et des enveloppes de la moelle épinière, guérie par les frictions mercurielles. 28
FRANKEL. De l'emploi de l'extrait de belladone dans les cas de hernies étranglées. 30
PFENFER. Observation d'abcès du muscle psoas. 31
MULLER. De quelques effets du seigle ergoté. 33
STEUDEL. Observation d'une hémorrhagie mortelle occasionée par la rupture d'une varice pendant l'accouchement. 34
HEYFELDER. Note pour servir à l'histoire du coloboma de

l'iris. 53
LOMBARD. De l'influence des professions sur la phthisie pulmonaire. *ib.*
LÉLUT. Recherche des analogies de la folie et de la raison. 37
KUHN. Nouvelles observations sur l'origine et sur la nature des tubercules. 43
BOYER. Extirpation des os maxillaires supérieur et palatin gauches, pour un ostéosarcôme de la voûte palatine. — Guérison. 45
BRIQUET. Observation de hernie étranglée accompagnée de symptômes cholériques. 49
CHRESTIEN. Fièvre intermittente triple-tierce survenue à la suite d'une hémorrhagie utérine, guérie par la méthode iatraleptique. 59

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

BOUILLAUD. Leçon sur la péripneumonie; les fièvres typhoïdes; l'auscultation et la percussion appliqués à l'étude des maladies des appareils circulatoire et respiratoire. 1
Choléra-morbus de Paris. 2
PINEL. Choléra-morbus grave traité et guéri par le tartre stibié, les sangsues et les vésicatoires. *ib.*
ROSTAN. Cancer encéphaloïde du pylore et de l'estomac; mort; nécropsie. 3
A. GODIN. Vomissemens depuis trente ans; dilatation énorme de l'estomac; hypertrophie de la tunique musculaire. 4
BAUDELOCQUE. Angine pseudo-membraneuse grave, traitée et guérie par le vomitif et la cautérisation avec le nitrate d'argent. 5
» Gangrène de la bouche, guérie par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. *ib.*
LERIVEREND. Observation de chorée en rapport probable avec la masturbation. 6
DELCROIX. Procédé de M. AMUSSAT pour rétablir la continuité d'un intestin complétement divisé en travers. 7
BRICHETEAU. Kyste de l'ovaire du côté droit simulant une grossesse extrà-utérine; opération césarienne vaginale; mort. 8
BRICHETRAU. Cystite chronique; ramollissement spléniforme du foie avec entérite biliaire. 9
BOUILLAUD. Observations et réflexions sur le procédé des émissions sanguines dans les pneumonies. 10
DUPUYTREN. Violente contusion à la face; nécrose de l'os malaire; fistule; traitement. 12
SANSON. Observation de fracture de côtes avec déchirure du poumon, suivie de pneumonie; guérison. 13
BALLY et PIORRY. Observation de pleuro-pneumonie, accompagnée d'hépatite et d'ictère. 14
BAUDELOCQUE. Observation de fièvre typhoïde. 16
LERIVEREND. Résumé des faits de la clinique de MM. Bally et PIORRY, à l'Hôtel-Dieu, pendant le mois d'Avril 1834. 17
CHARCELLAI LAPLACE. Observation d'une ostéo-sarcôme de l'os maxillaire supérieur gauche; ablation de la totalité de cet os. (*a*)
BOUILLAUD. Tableau comparatif des trois variétés principales de la variole. 20
LEVIREND. Résumé des faits de la clinique de MM. Bally et Piorry, pendant le mois d'avril 1834. 23
DUPUYTREN. Corps étranger arrêté dans l'œsophage; accidens qui en ont été la suite. 25
FOURNIER DE LEMPDES. Sonde exploratrice de l'urètre. 26
RICORD. De l'emploi du proto-iodure de mercure chez les enfans. 27

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

ROUSSEL DE VAUZÈME. Propriété antiscorbutique de la pomme de terre et son influence sur la santé des équipages employés à la pêche de la baleine. 1
HUZARD fils. Rapport sur la pommelière ou pthisie pulmonaire des vaches laitières de Paris. 4
ROUSSET et LEPELLETIER. Empoisonnement par l'arsenic appliqué sur un cancer. 8

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

REVEILLÉ-PARISE. De la marche des maladies considérées sous le point de vue thérapeutique, chez les personnes douées de la constitution particulière aux gens de lettres, aux artistes, etc. 1
CARON DU VILLARDS. Sur l'emploi de l'huile de morue dans quelques affections rhumatismales et vermineuses. 3
De l'emploi du chlore dans le traitement de la phthisie pulmonaire et des catarrhes chroniques. 4
CHEVALLIER. De l'emploi de l'ammoniaque pour combattre les rapports acides qui ont lieu pendant la digestion. 6
ROGNETTA. Considérations thérapeutiques sur le rétrécissement de l'intestin rectum. 7
Essais sur les feuilles de pêcher. 9
Digitaline. *ib.*
Marteau à moxa. *ib.*
De la compression dans les érysipèles phlegmoneux, et

en général dans toute inflammation aiguë du tissu cellulaire cutané des membres. 10
Note sur une nouvelle pince hémostatique pour l'opération de la taille périnéale. 12
CAPURON. Comment fait-il terminer l'accouchement, lorsqu'un bras de l'enfant se présente ou est déjà sorti ? 13
SOUBEIRAN. Note sur les préparations de phosphore. 15
O. HENRY. Note sur un mastic pour l'oblitération des dents cariées. 17
ANDRAL. Expériences homœopathiques faites à l'hôpital de la Pitié. *ib.*

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

THINUS. De la polarisation circulaire, son application à l'examen de plusieurs substances organiques. 1
VIREY. De l'huile de touloucouna du Sénégal et de ses usages. 5
SOUBEIRAN. Sur l'extrait d'ellébore de Bacher. *ib.*
LIÉBIG. Sur la composition de l'asparamide, de l'acide asparmique et des phosphovinates. 6
WOHLER. Sur les sels doubles cristallisés d'oxide de zinc et de carbonates alcalins. 7
» Sur le borate de magnésie. *ib.*
TROMMSDORF. Sur l'acide valérianique et ses combinaisons. 8
MALAGUTI. Préparation du protoxide de cuivre. 8
LECANU. Sur la racine d'iris fœtidissima. *ib.*
Société de Pharmacie. Séance du 2 avril 1834. 9

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

BÉRAL. De l'extrait de rhubarbe, et formules de plusieurs préparations pharmaceutiques dont il est la base médicamenteuse. 1
BÉRAL. Du principe actif du gingembre en formules de plusieurs composés pharmaceutiques dont il est la base médicamenteuse. 3
Procès verbal de nécropsie faite sur le cadavre de la femme Métivier. 10

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES. Coup-d'œil sur l'histoire naturelle des médicamens et sur les écorces d'Angusture vraie et fausse ; par J. KICKX, membre résidant. 69
De la réaction du sucre incristallisable ou mélasse sur le deuto-chlorure de mercure; par J. G. LEROY, membre résidant. 71
De la formation de l'ammoniaque pendant la préparation du sulfure d'antimoine hydraté (*kermès minéral*), par le même. 73
LÉGISLATION MÉDICALE.—Réflexions sur quelques points de la législation médicale en vigueur en Belgique; par le docteur FALLOT. 74
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre, rédigé d'après les leçons de M. le baron Dupuytren, etc. (Analyse). 82
Table de botanique médicale disposée d'après le système de Linneus, par M. le professeur JACMART (Analyse). 87
Leçons d'anatomie des formes, par le Dr PHILIPPART (Analyse).
VARIÉTÉS. Notice historique, scientifique et industrielle sur le caoutchouc ; par le Major HERBART. *ib.*

BIBLIOGRAPHIE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.